

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Katja Silvennoinen

KIRURGISEN ERIKOISSAIRAANHOIDON SAATAVUUDEN
RAPORTOINTIMALLI Case: Terveystalo

Opinnäytetyö
Toukokuu 2015

**OPINNÄYTETYÖ****Toukokuu 2015****Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen
koulutusohjelma****Ylempi ammattikorkeakoulututkinto**Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816Tekijä
Katja SilvennoinenNimeke
Kirurgisen erikoissairaanhoidon saatavuuden raportointimalli Case: TerveystaloToimeksiantaja
Terveystalo Joensuu ja Attendo**Tiivistelmä**

Terveystalo Joensuu ja Attendo tekivät tammikuussa 2014 tilaaja-tuottajasopimuksen, jonka mukaan Terveystalo Joensuu tuottaa Tohmajärven ja Rääkkylän kuntalaisille kirurgian erikoissairaanhoidon palvelut vuonna 2014. Attendo vastaa Tohmajärven ja Rääkkylän kuntien perusterveydenhuollosta ja kirurgisten erikoissairaanhoidon läheteiden ohjaamisesta Terveystalo Joensuun tuotettavaksi.

Opinnäytetyössä kehitettiin Terveystalo Joensuun käyttöön hoidon saatavuusraportti. Raportin tarkoituksena on seurata ja raportoida sopimuskuntalaisten hoidon saatavuutta palvelun tilaajalle Attendolle. Hoitoketju alkaa läheteen saapumisesta Terveystalo Joensuuhun ja päättyy asiakkaan operatiivisen hoitoon tai konservatiivisen hoidon toteamiseen. Hoidonsaatavuusraporttiin on kerätty aineistoa vuoden 2014 ajan.

Opinnäytetyö muodostuu tietoperustasta, menetelmällisistä valinnoista, tulosluvusta ja pohdinnasta. Opinnäytetyön aiempi tietoperusta kasvaa terveydenhuollon palveluiden yksityistämisestä. Terveydenhuollon palvelua kuvataan tilaaja-tuottaja-mallin sekä terveyspalveluiden mahdollisuuksien ja haasteiden kautta. Muutoksessa johtamisessa esitellään muutosprosessi, johon on liitetty Lean-ajattelu ja johtaminen terveysalalla. Yksityistämisen käsitettä avataan säädösten, rahoitusperusteiden ja pohjoismaisten kokemusten kautta.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytettiin laadullista tutkimusotetta. Tutkimusaineisto analysoitiin tutkimuksellisen kehittämistyön ja prosessianalyysin avulla. Tulosluvussa esitellään hoidon saatavuusraportin kehitysprosessi sekä asiakkaan palveluprosessi opinnäytetyön keskeisten käsitteiden kautta. Pohdinnassa arvioidaan kehittämisprosessin onnistumista ja käyttöönottoa luotettavuuden ja eettisyyden kautta.

Kieli

suomi

Sivuja 71

Liitteet 1

Asiasanat
palvelu, yksityistäminen, muutoksen johtaminen



THESIS
May 2015
Degree Programme in Development
and Management of Social Services and
Health Care (Master's Degree)
Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Author
Katja Silvennoinen

Title
Reporting Model on Availability of Specialised Surgical Health Care Services
Case: Terveystalo

Commissioned by
Terveystalo Joensuu and Attendo

Abstract

Terveystalo Joensuu and Attendo signed a public-private partnership (PPP) agreement in January 2014, according to which Terveystalo Joensuu produces specialised surgical health care services for the residents of Tohmajärvi and Rääkkylä municipalities. Attendo is in charge of primary health care in Tohmajärvi and Rääkkylä municipalities and of referring patients to specialised surgical health care services provided by Terveystalo.

The assignment in this thesis was to develop a reporting model on the availability of specialised surgical health care services for Terveystalo Joensuu. The aim of the reporting model is to monitor the availability of specialised health care services and report the findings to Attendo. The care chain begins when a referral arrives at Terveystalo Joensuu and ends when a client has been operated on or the need for conservative care has been diagnosed. Material for the study was collected during the year 2014.

This thesis comprises theory, research methods, results and discussion. Previous theory of the study grows up from the privatising of health care services. Health care services are described through the PPP model as well as through possibilities and challenges present in health care services. In relation to change management, a process linked to Lean thinking and leadership in health care are presented. The concept of privatisation is discussed through decrees, funding criteria and Nordic experiences.

Methodology in this study is qualitative. Research material was analysed by using a process analysis. The results section presents both the development process of the reporting model and the service process of clients. Processes are linked to the theoretical concepts of this study. The development process is evaluated from the perspectives of reliability and ethicality.

Language

Finnish

Pages 71

Appendices 1

Keywords
service, privatisation, change management

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Terveystalouden palveluiden yksityistäminen	7
2.1	Palvelu	9
2.1.1	Tilaaaja-tuottaja-toimintatapa terveystaloudessa	13
2.1.2	Terveystalouden palvelun haasteita.....	17
2.1.3	Terveystalouden palvelun mahdollisuuksia.....	19
2.2	Muutoksessa johtaminen	20
2.2.1	Muutosprosessi.....	22
2.2.2	Lean-ajattelu terveystaloudella	25
2.2.3	Johtaminen terveystaloudella	27
2.3	Yksityistäminen	29
2.3.1	Säädökset yksityistämisen taustalla	30
2.3.2	Rahoitusperusteet.....	31
2.3.3	Yksityistäminen Pohjoismaissa.....	35
3	Menetelmälliset valinnat.....	36
3.1	Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi	37
3.2	Prosessianalyysi	40
4	Tulokset	43
4.1	Palveluprosessi Terveystaloudessa.....	44
4.1.1	Tilaaaja-tuottaja-toimintatapa.....	49
4.1.2	Palvelun haasteet	50
4.1.3	Palvelun mahdollisuudet	51
4.2	Muutos ja sen johtaminen Terveystaloudessa	50
4.2.1	Muutosprosessi.....	52
4.2.2	LeanTerveystaloudessa.....	55
4.2.3	Johtaminen Terveystaloudessa	56
4.3	Yksityistäminen Terveystaloudessa	57
4.3.1	Terveystalon yhteistyö kuntien kanssa	58
4.3.2	Rahoitusperiaatteet.....	59
4.3.3	Yksityisen palveluntuottajan tulevaisuudennäkymät	62
5	Pohdinta.....	63
5.1	Kehittämistehtäväprosessin arviointi.....	63
5.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	64
5.2	Jatkotutkimusaiheet	66
	Lähteet.....	68

Liitteet

Liite 1 Esimerkki Terveystalon hoidonsaatavuusraportista

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat Suomessa perusoikeuksia. Perustuslaki (365/1995) velvoittaa julkiset toimijat turvaamaan kaikille riittävät palvelut. Palveluiden järjestäminen on tähän saakka järjestetty kuntien ja kuntayhtymien toimesta siten, että niillä on ollut valtion ohjaamana alueellinen yksinoikeus palveluntuotantoon. Erholan, Jonssonin, Pekurisen ja Teperin (2013, 44) mukaan niukkoja voimavaroja on pystytty säästämään rajoittamalla palvelujen saatavuutta. Muuttuvassa yhteiskunnallisessa tilanteessa sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisessa julkinen sektori ei välttämättä kykene enää vastaamaan yksin kysyntään ja kaikkiin sille asetettuihin vaatimuksiin. Tässä tilanteessa yksityissektori ja kolmas sektori tarjoavat omia sosiaali- ja terveyspalveluitaan.

Terveystalo Joensuu ja Attendo solmivat tammikuussa 2014 kirurgian erikoissairaanhoidosopimuksen, jossa Terveystalo Joensuu tuottaa kirurgian palvelut Tohmajärven ja Rääkkylän kuntalaisille vuoden 2014 aikana. Kysymyksessä on ulkoinen tilaaja–tuottaja-malli, jossa Attendo on tilaaja ja Terveystalo Joensuu ulkoinen palvelun tuottaja. Tohmajärven ja Rääkkylän kunnat ovat järjestäneet vuoden 2013 alusta alkaen kuntalaisille lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut yhteistyössä Attendon kanssa. Attendo toteuttaa palvelut joko omana tai alihankintapalveluina kuntalaisille. Lakisääteisiä virkavastuutehtäviä kunnassa hoitavat viranhaltijat. (Tohmajärven kunta 2015.)

Opinnäytetyöni on kehittämistehtävä. Tehtäväni on kehittää yksityisten kirurgian palveluiden ja kuntayhteistyön tueksi *hoidon saatavuuden raportointimalli*, jolla raportoin hoidon saatavuutta tilaajalle. Vastaavaa raportointimallia ei ole Terveystalossa olemassa. Tästä käytännön lähtökohdasta lähden kehittämistyössäni liikkeelle. Kehittämistyöni toteutetaan yhteistyössä Terveystalo Joensuun ja Attendon perustaman ohjausryhmän kanssa. Ohjausryhmä kokoontui kerran kuukaudessa vuoden 2014 aikana. Ohjausryhmään kuului Terveystalolta Itä-Suomen sairaalapalveluiden johtaja, Joensuun yksikön yksikönjohtaja ja minä sairaalapalveluiden palveluesimiehenä. Attendoa edustivat johtava lääkäri ja

osastonhoitaja. Ohjausryhmä kokoontui kuukausittain arvioimaan hoidon saatavuuden onnistumista kehittämäni raportointipohjan avulla.

Opinnäytetyöni keskeinen kehittämistehtävä nousee Terveystalon strategisista valinnoista. Terveystalon strateginen painopiste on asiakaskeskeinen terveydenhoito, jonka tavoitteena on toimia valtakunnallisena edelläkävijänä potilaan hoitoketjun tehostamisessa sekä laadun ja vaikuttavuuden kehittämisessä.

Terveystalossa hoidon laatua ja vaikuttavuuden mittaamista pidetään tärkeänä, yhtenä strategisena valintana. Perinteisesti mitatut toimenpiteiden, kuten hoitovuorokausien numeraalinen laskeminen ilman yhteyttä saavutettuihin tuloksiin eivät enää riitä. Hoidon vaikuttavuudessa on kysymys terveydenhuollon palvelujen tarjoamisesta siten, että niitä voidaan mitata. Uusien hoitojen tarjoaminen on mahdollista vain, jos hyöty pystytään osoittamaan. Terveystalo näkee vaikuttavuuden mittaamisessa tärkeänä toiminnan kehittämisen. Tavoitteena on tunnistaa mahdollisia puutteita ja samalla kehittää osaamista. Tärkeimpänä nähdään asiakkaan saama terveyshyöty. Mitä voimakkaammin palveluja kehitetään, sitä paremmin annettu hoito tehoaa niin kuin on odotettu. Toimintaa tehostamalla Terveystalon tavoite on nopeuttaa hoitoon pääsyä ja kuntoutumista. Hoidon laadun ja vaikuttavuuden mittaamiseen tarvitaan järjestelmällinen mittaristo eli yhtenäiset tavat tuottaa ja tallentaa tietoa, hyvin organisoitu ja yhdenmukainen mittaus sekä analysointi ja reaaliaikainen raportointi. (Terveystalo 2015a.)

Tällä tutkimuksellisella kehittämistyöllä pyritään uudistamaan käytäntöjä ja luomaan uutta tietoa työelämän käytännöistä. Opinnäytetyöni muodostuu tietope- rustasta, menetelmällisistä valinnoista, tulosluvusta ja pohdinnasta. Opinnäyte- työn teoreettinen näkökulma kasvaa terveydenhuollon palveluiden yksityistämi- sestä. Keskeiset käsitteet ovat *palvelu*, *muutoksessa johtaminen* ja *yksityistä- minen*. Palvelu -osiossa kuvaan tilaaja–tuottaja-mallin sekä terveyspalveluiden mahdollisuuksia ja haasteita. Muutoksessa johtamista kuvaan John P. Kotterin (2012) kahdeksanvaiheisen muutosprosessin avulla, johon olen liittänyt Lean- ajattelun ja johtamisen terveysalalla. Yksityistämisen käsitettä kuvaan säädös- ten, rahoitusperusteiden ja pohjoismaisten kokemusten kautta. Menetelmällise- nä valintana kehittämistehtävässäni on tutkimuksellinen kehittämistyö ja pro-

sessianalyysi. Tulosluvussa esittelen hoidon saatavuusraportin kehitysprosessin sekä asiakkaan palveluprosessin opinnäytetyön keskeisten käsitteiden kautta. Pohdinnassa arvioin toteuttamani kehittämisprosessin onnistumista ja käyttöönottoa luotettavuuden ja eettisyyden kautta sekä esitän kehittämistyölle jatkotutkimusaiheita.

2 Terveystalon palveluiden yksityistäminen

Julkunen (2006, 136) pitää yksityisen palvelutuotannon etuina tehokkuutta, ohjautumista asiakkaiden kysynnän mukaan, laatua, innovatiivisuutta, kuluttajan valintaa sekä hintamekanismia. Näiden perusteiden nojalla yksityistäminen terveysalalla on saanut jalansijaa. Onnistuneet yksityiset palveluketjut ovat omalta osaltaan auttaneet tuomaan laatua terveydenhuoltoon kilpailun myötä. Kilpailuympäristössä palveluntuottajien, niin julkisten kuin yksityistenkin, on kyettävä luomaan sekä asiakkaille että rahoittajille heitä tyydyttävä palvelukonsepti. Kilpailukyvyyn säilyttäminen ja parantaminen vaatii jatkuvaa tuotekehittelyä. Osaaminen, kilpailun tuoma tehokkuus ja vapaus poliittis-hallinnollisista rakenteista houkuttelevat tilaajia kääntymään yksityisten palveluntuottajien puoleen.

Kuviossa 1 esittelen Terveystalon mission, arvot ja vision. Terveystalon laadukkaiden ja asiakaslähtöisten palveluiden tavoitteena on edistää suomalaisten terveyttä ja yhteiskunnan hyvinvointia. Terveystalon arvot; osaaminen ja välittäminen ohjaavat toimintaa kaikilla sen tasoilla. Mission, arvojen ja vision pohjalta Terveystalon toimintaa ohjaa kuusi strategista valintaa. (Terveystalo 2015a.)



Kuvio 1. Terveystalon strategia (Terveystalo 2015a).

Terveystalon kasvu perustuu kuuteen strategiseen valintaan (Terveystalo 2015a). Terveystalon tavoitteena on:

- 1) *Tarjota ylivertainen palvelukokemus* – Terveystaloon pääsee nopeasti hoitoon, ja yhtenäiset prosessit varmistavat, että palvelu on yhtä laadukasta kaikissa toimipisteissä.
- 2) *Tarjota vahvimmat asiakassuhteet* – Terveystalo tarjoaa asiakkailleen monipuoliset terveys- ja hyvinvointipalvelut sekä kattavan palveluverkoston, vastaten asiakkaan tarpeisiin yksilöllisesti.
- 3) *Olla halutuin työpaikka osaajille* – Terveystalo antaa terveysalan osaajille mahdollisuuden ammatilliseen kehittymiseen ja kouluttautumiseen, yrityskulttuuri on kannustava ja hyvistä suorituksista palkitaan.
- 4) *Olla paikallisesti laadukkain ja valtakunnallisesti tehokkain* – Terveystalo palvelee asiakkaita yksilöllisesti ja paikallisesti. Valtakunnallisuuden ansioista Terveystalolla on mahdollisuuksia investoida uuteen teknologiaan, kehittää ja monistaa uusia palveluja sekä hakea tehokkuutta prosesseihin suurten volyymien kautta.

5) *Tuottaa mitattua vaikuttavuutta* - Terveystalolle hoidon laatu ja vaikuttavuus on kilpailuetu, jonka avulla on mahdollista saavuttaa muutkin tavoitteet. Terveystalo on alansa edelläkävijänä lähtenyt kehittämään laadun, läpinäkyvyyden ja vaikuttavuuden mittaamista sekä niihin liittyvien tulosten julkaisemista.

6) *Olla vastuullinen yhteiskunnallinen uudistaja* – Terveystalo haluaa olla kehittämässä laaja-alaisesti suomalaista terveydenhuoltoa ja edistämässä suomalaista hyvinvointia. Terveystalo rakentaa potilaslähtöisiä yhteistyömalleja muun muassa julkisen sektorin kanssa ja terveysalan päättäjien ja vaikuttajien kanssa käydään aktiivista keskustelua.

Opinnäytetyössäni Terveystalon kaksi viimeistä strategista valintaa ohjaavat kehittämistehtävääni. Opinnäytetyöni tarkoitus oli tuottaa mitattavaa vaikuttavuutta ja olla rakentamassa potilaslähtöistä yhteistyömallia Terveystalon strategian mukaisesti.

2.1 Palvelu

Kunnat vastaavat Suomessa keskeisistä peruspalveluista. Kuntalaisella on useita erilaisia rooleja. Hän on kunnan virastojen asiakas ja erilaisten kunnallisten palveluiden käyttäjä, mutta myös kunnallisten palveluiden rahoittaja erilaisten verojen ja asiakasmaksujen kautta. Kuntalainen on samaan aikaan myös osallinen ja päättävä, jonka vastuulla on koko palvelujärjestelmän toiminta. (Heuru, Mennola & Ryynänen 2011, 48.)

Julkisen sektorin kriisikehitys ilmeni 1990-luvulla riittämättöminä palveluina ja henkilöstöpulana. Kriisiytyminen ilmeni konkreettisimmin juuri kunnissa. (Heuru ym. 2011, 48.) Terveyspalveluille on enemmän kysyntää ja tarvetta kuin mitä niitä on tarjolla (Kokko 2013, 248). Kunnilla on useita vaihtoehtoisia toteutustapoja ja organisointimuotoja palveluiden tuottamisessa. Kunnat voivat itse valita palveluidensa tuotantotavan. Yksityisten palveluntuottajien rooli ja osuus sosiaali- ja terveyspalveluissa lähti kasvuun laman jälkeen. Yksityinen palvelutuotanto tukee julkisen palvelun heikkoa saatavuutta. (Julkunen 2006, 124.)

Heurun ym. (2011, 49–55) mukaan kuntien tehtävät ja taloudelliset mahdollisuudet lisääntyivät voimakkaasti 1970- ja 1980-luvuilla. Kuntien toiminta perustuu Suomen perustuslain (731/1999) 121.§:n mukaisesti asukkaiden itsehallintoon. Kuntien itsehallinto merkitsee oikeutta erilaisiin ratkaisuihin eri kunnissa. Peruspalveluiden toteuttamisvastuu on yhdessä valtiolla ja kunnilla, jossa valtiolla on peruspalveluiden ohjaus- ja valvontavastuu. Toteuttamisvastuu on siirretty kunnille. Valtion viranomaiset ohjaavat lailla ja lain valtuutuksilla lähes 80% kuntien menoista. Valtionosuusjärjestelmällä varmistetaan, että kaikilla kunnilla on olosuhteista ja kuntien tuloeropohjasta huolimatta edellytykset selvitä lakisääteisistä tehtävistään, kuten riittävästä sosiaali- ja terveyspalveluista. Valtio on 1990-luvulta lähtien pienentänyt kuntien valtionosuuksia siirtäen kunnallisten palveluiden tuottamista kunnallisverolla katettavaksi.

Palveluiden käyttäjän asema on pyritty turvaamaan säätämällä erilaisia aikarajatakuita tutkimuksiin ja hoitoon pääsystä. Suomen lainsäädäntöön hoitotakuun periaatteet tulivat vuonna 2005. Vuonna 2011 voimaan tulleeseen terveydenhuoltolakiin sisältyy lisäksi potilaan oikeus valita itse hoitopaikkansa. (Kokko 2013, 248.) Lainsäädännössä on useita palveluiden laatuun velvoittavia säännöksiä, kuten esimerkiksi potilaslaissa (785/1992) potilaan oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun. Valtion viranomaisten valvonnan lisäksi kuntiin on tullut palveluiden laadun tarkkaillussa ja valvonnassa kuntien omat arviointijärjestelmät. Valtio pyrkii vaikuttamaan kuntien palveluiden laatuun kunta- ja palvelurakennemuutoksen ohella käynnistetyllä tuottavuusohjelmalla. (Heuru ym. 2011, 56.)

Palveluiden tuotantoon liittyvät käytännöt ovat parin viime vuosikymmenen aikana perustuneet markkinamekanismeille. Palvelujärjestelmän toimivuus, palveluiden käyttäjien valinnanvapaus ja väestön hyvinvointi eivät kuitenkaan ole parantuneet odotetulla tavalla. 1980-luvulla käynnistyi julkishallinnossa uudistamisprosessi. Sen taustalla oli huoli terveyspalveluiden kysynnän kasvusta. Samaan aikaan nähtiin, että julkistalouden liikkumavara ja resurssit olivat rajalliset. Poliittisella ohjauksella julkinen palveluntuotanto määrättiin säästämään kustannuksia. Tätä toteutetaan muun muassa lisäämällä palveluiden tuottavuutta. Tuottavuuden edistämiseksi on esitetty joukko hallinnollisia uudistuksia, kuten

tulosbudjetointi. Valtionhallinnossa on siirrytty tulosohtaukseen, jonka seurauksena hallinnollisille yksiköille on asetettu tulostavoitteita ja menoja rajoittavia budjettikehyksiä. Valtionapuja ei enää osoiteta tiettyyn palveluun ja toiminnan laajuutta ja laatua koskevat yksityiskohtaiset säännökset on purettu. (Huuhtanen & Tuomivaara 2010, 7–11.)

Julkisen sektorin ja kuntien tuloksellisuuden lisäämistä on tavoiteltu tulosohtauhankkeella, julkisen palvelukulttuuriin kohdistuvalla palveluhankkeella, henkilöstöhallinnon ja -politiikan uudistuksilla sekä kuntien valtionosuusjärjestelmien uudistamisella. Mallia on otettu yksityisiltä palveluntuottajilta, ja terveyspalveluihin on kehitetty markkinaperusteisia tuotantotapoja. Julkisilla palveluilla on ollut tähän saakka lähes monopoliasema, ja kilpailun on toivottu tuovan palvelujärjestelmään tehokkuutta ja taloudellisuutta. Kuntien toimintaan tämä uudistamisprosessi on tuonut muutoksia valtionosuuksiin, valtionosuusjärjestelmä muutettiin laskennalliseksi. (Huuhtanen & Tuomivaara 2010, 7–11.)

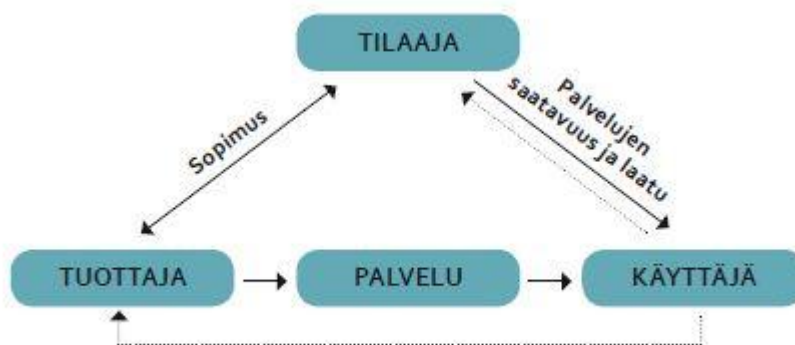
Vuonna 1993 tehdyn valtionosuusuudistuksen jälkeen kunnat ovat voineet tuottaa sosiaali- ja terveyspalvelut joko tuottamalla ne itse, tekemällä yhteistyötä muiden kuntien tai kuntayhtymien kanssa tai ostamalla palvelut muilta julkisilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Markkinamekanismit eivät kuitenkaan ole tuottaneet kunnille yksiselitteisiä säästöjä. Joissakin tapauksissa kilpailu on vain lisännyt byrokratiaa. Vertailu yksityisen ja julkisen palvelun välillä ei myöskään ole ongelmatonta, koska kilpailusta aiheutuneita kustannuksia ei välttämättä kyetä erottamaan ja laskemaan muusta toiminnasta. Myös palvelun laadun ja vaikuttavuuden vertailu on haasteellista. Kilpailuttaminen ei ole kyennyt vastaamaan palvelujärjestelmän tehokkuuteen, mutta palvelujen laadun koetaan parantuneen. (Aaltio 2013, 108–111.) Viime vuosina myös yksityisen palvelutuotannon rakenne on muuttunut. Lääkärikeskukset ovat ketjuuntuneet ja valtakunnallisista ketjuista on muodostunut suuria palveluntuottajia. (Koivusalo & Ollila 2009, 28–29.) Terveyspalvelualan suurimmat yksityiset toimijat ovat Terveystalo ja Attendo. Terveystalo on keskittynyt lääkärikeskus- ja sairaalatoimintaan, Attendo toimii hoivapuolella ja lääkäreiden vuokraajana.

Suomalaisessa lainsäädännössä terveyspalveluiden saatavuutta ovat rajoittaneet hoitojonot, korkeat palvelumaksut, vajeet henkilökunnassa ja pitkät välimatkat. Kansallisen terveydenhuoltohankkeen tärkein saavutus oli vuonna 2005 voimaan astunut hoitotakuu. Erikoissairaanhoidossa hoitotakuu on puoli vuotta. (Koivusalo & Ollila 2009, 28–29.) Terveyspolitiikan keskeinen tavoite on taata kansalaisille tasavertainen terveyspalveluiden laatu ja saatavuus. Tässä koetaan kuitenkin suuria alueellisia eroja. Terveyspalveluiden eriarvoisuuden taustalla on sosiaalinen eriarvoisuus eli aineellisten ja henkisten resurssien epätasainen jakautuminen. Koulutus, ammattiasema ja tulot vaikuttavat terveydentilaan. Terveyspalveluiden käyttöön eri väestöryhmissä vaikuttaa myös asiakasmaksujen suuret omavastuuosuudet. Yksityislääkärin palkkioista maksettavien Kela-korvausten osuus on vuosien saatossa vähentynyt neljännekseen, joten käytännössä asiakas maksaa yksityislääkärikäynnit itse. Hyvätuloisilla on varaa käyttää sairausvakuutusten kautta yksityisiä palveluja, mikä lisää eriarvoisuutta väestön keskuudessa. (Blomberg & Hiilamo 2012, 80—81.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL, valmisti syksyllä 2013 Jonottamatta hoitoon -aloitteen kuulemalla suomalaisia asiantuntijoita ja perehtyi pohjoismaisiin terveydenhuollon uudistuksiin ja niistä saatuihin kokemuksiin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ehdotti aloitteessaan, että terveydenhuoltoa tulisi vahvistaa laajentamalla ja monipuolistamalla palveluiden tuottajakuntaa. Myös yksityiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat hyväksyttäisiin terveydenhuollon tuottajiksi etukäteen määriteltujen hyväksymiskriteerien jälkeen. Hyväksytyjen palveluntuottajien listasta potilaalla olisi näin vapaus valita hoitava taho, jolloin raha seuraisi valinnan tekevää potilasta. Palveluntuottaja, yksityinen tai julkinen, saisi etukäteen sovitun, samansuuruisen korvauksen potilaan hoidosta. Tavoitteena olisi kannustaa palveluntuottajia houkuttelemaan potilaita palvelujen saatavuudella, laadulla ja asiakaslähtöisellä toiminnalla. (Erhola ym. 2013, 44.) Terveyspalveluiden yksityisellä ammatinharjoittamisella ja yritystoiminnalla on Suomessa pitkät perinteet. Yksityisten yritysten palveluiden painopiste on ollut pääsääntöisesti terveydenhuollossa, järjestöjen sosiaalihuollossa. (Julkunen 2006, 137.)

2.1.1 Tilaaja–tuottaja-toimintatapa terveydenhuollossa

Yksityinen sektori nähdään tärkeänä osana terveystalouden monituottajamallina, jossa julkinen sektori keskittyy palveluiden järjestämiseen ja kilpailuttaa ennistä enemmän palveluiden tuottamisesta (Työ- ja elinkeinoministeriö 2015). Tulevaisuuden palveluhaasteet ovat saaneet kunnat organisoimaan palvelujaan uudelleen. Yhtenä vaihtoehtona on nähty tilaaja–tuottaja-toimintamalliin siirtyminen. (Junnila 2012, 5.) Tilaaja–tuottaja-toimintatavalla tarkoitetaan julkisten palveluiden tuottamista siten, että tilaajan ja tuottajan roolit erotetaan toisistaan (kuviot 2). Tilaajana toimii julkinen taho, esimerkiksi kunta ja tuottajana voi toimia joko kunnan oma tai sen ulkopuolinen organisaatio. Tilaajan ja tuottajan välistä toimintaa ohjaa yhdessä tehty sopimus. Toimintavasta ei ole olemassa yhtä sovittua mallia, vaan palveluiden organisointi ja sopimukset määritellään tapauskohtaisesti. Tilaaja–tuottaja-toimintatapa voi olla käytössä yksittäisessä kunnassa tai laajemman kuntajoukon yhteisessä toiminnassa. (Kuntaliitto 2015a.)



Kuvio 2. Tilaaja–tuottaja-toimintatavan roolit (Junnila 2012, 7).

Tilaaja–tuottaja-toimintatapa ei tarkoita automaattisesti palveluiden ulkoistamista tai yksityistämistä. Toimintatapa voi olla myös väline kehittää oman organisaation toimintatapoja ja prosesseja. Tilaaja–tuottaja-toimintatavassa perinteisestä hierarkisesta johtamismallista siirrytään sopimusperustaiseen johtamiseen, jossa palvelun tuottajan itsenäisyys korostuu. Toimintatapa vaatii kunnalta pitkäjänteistä kehittämistyötä ja osaamisen vahvistamista. Tärkeää on erityisesti tilaajaosaamisen vahvistaminen, jotta tilaaja pystyy määrittelemään, mitä ja ke-

neltä palvelun tilaa. Kunnan päätehtävä ei ole vain ostaa palveluita, vaan hakea palveluilla saatavaa vaikuttavuutta. Eri kuntien lähtökohdat ja mahdollisuudet toimintatavan toteuttamiseen vaihtelevat muun muassa kunnan sijainnin ja palveluntuottajien määrän suhteen. (Kuntaliitto 2015b.)

Palveluiden tilaaminen ja tuottaminen edellyttää palveluiden tuotteistamista. Palvelut on kyettävä nimeämään ja täsmentämään. Tilaaja–tuottaja-toimintatavan toimivuus riippuu olennaisesti tuotteistamisen onnistumisesta. Tuotteistamalla palvelu paketoidaan asiakkaalle ne tuotteet, joita asiakkaalle annetaan ja hinnoitellaan palvelutuote. Palvelutuotteet muodostavat kokonaisuuksia, jotka voidaan kuvata ja joiden kustannukset voidaan laskea. Tuote voi olla hyvin suppea, kuten yksittäinen toimenpide tai pitkäkestoinen palveluketju tai –kokonaisuus. (Kuntaliitto 2015a.)

Tuotteistuksella tavoitellaan palvelutuotannon hallintaa, jonka kautta arvioidaan palvelun laatua, kustannuksia ja tuloksia. Tuotteistamisella saadaan läpinäkyvyyttä sekä kustannuksiin, että toimintakäytäntöihin. Tilaaja–tuottaja-toimintatapa mahdollistaa muunkin kuin kunnan oman toiminnan käyttämistä palvelutuotannossa. Toimintatavalla voidaan kilpailuttaa palveluja yksityisillä palvelumarkkinoilla, mutta myös kuntien yhteisessä palvelutuotannossa ja yhteishankinnoista. Kilpailutuksen tavoitteena on parantaa tehokkuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Samalla se kannustaa palvelun tuottajaa tehokkuuteen, mikä osaltaan voi ohjata kustannuskehitystä maltillisempaan suuntaan. Kilpailukykyisten tuottajien on jatkuvasti vahvistettava osaamistaan ja synnyttävä uusia innovaatioita. Kuntia se edistää siirtymään tuotantolähtöisestä toimintatavasta kysyntä- ja asiakaslähtöisempään toimintatapaan. (Kuntaliitto 2015b.)

Yksi yleistyneimmistä malleista sosiaali- ja terveysalalla on yllä kuvattu tilaaja–tuottaja-toimintatapa. Tilanteet ja toimintatavat vaihtelevat kunnissa nopeasti, ja erot kuntien välillä voivat olla suuret. Kun kuntalainen tarvitsee palvelun, palvelun tilaaja eli kunta selvittää palvelun tarpeen. Tilaaja suunnittelee ja selvittää, miten palvelu tuotetaan, mistä se hankitaan ja mistä pyydetään tarjoukset. Tilaaja laatii palvelujen tilaustarjouksen ja määrittelee yksityiskohdat. Tarjousten pyytämisen jälkeen tilaaja arvioi tarjoukset, tekee tilauspäätöksen ja sopii palve-

lutilauksen yksityiskohdista sekä seuraa ja arvioi palvelua. Palvelun tuottaja puolestaan tekee tuotannosta tarjouksen. Se tekee kuvauksen palvelun laadusta, määrästä, luotettavuudesta, jatkuvuudesta ja taloudellisuudesta. Palvelun tuottaja tekee tilaajan kanssa palvelujen tuotantosopimuksen, toteuttaa sen ja raportoi tilaajalle palvelun toteutumisesta. Tilaaja–tuottaja-toimintatapojen käsitteet ovat vielä toistaiseksi vakiintumattomia, mutta sosiaali- ja terveysalalla voidaan puhua sisäisistä ja ulkoisista tilaaja–tuottaja-toimintatavoista. (Huuhtanen & Tuomivaara 2010, 7–11.)

Tilaaja–tuottaja-toimintatapoja on erilaisia. Joensuun kaupungin organisaatio käyttää esimerkiksi sovellettua tilaaja–tuottaja-toimintatapaa, jossa kaupunginvaltuusto ja -hallitus määrittelevät, minkä taseisia palveluita, kuinka paljon ja mihin hintaan kaupunkilaisille tilataan. Palveluja tuottavat lautakunnat pohtivat, kuinka tilaus toteutetaan kuntalaisille mahdollisimman tehokkaasti ja asiakaslähtöisesti. Tilaukset tehdään vuosittain talousarvion yhteydessä. (Joensuun kaupunki 2013.)

Tilaaja–tuottaja-toimintatavan tavoite on, että tilaajatoimintojen ja palveluiden tuotannon eriyttämisellä kyetään luomaan tuottajayksiköiden välille kilpailua ja kannustimia. Kilpailun myötä tavoitellaan tuottavuutta, vaikuttavuutta ja palvelun laatua. Tilaajan ja tuottajan välille on eri maissa esitetty hyvin samanlaisia tavoitteita, kuten taulukossa 1 Keskimäki, Tynkkynen ja Lehto (2012, 33) esittävät Mays ja Handiaa (2000) mukaillen. Lähtökohtana tavoitteissa on oletus, että tuottajilla on palveluista vain osittainen osaaminen, jonka vuoksi tarvitaan tilaaja. Näin tilaajaorganisaatio pystyy ottamaan paremmin huomioon palveluiden käyttäjien odotukset, jotka tilaaja sisällyttää tilaamispäätöksiin. (Keskimäki ym. 2012, 33.)

Taulukko 1. Tilaaja–tuottaja-mallien yleiset tavoitteet (Keskimäki ym. 2012, 33).

1. Teknisen tehokkuuden parantaminen
2. Väestön palvelutarpeiden huomioiminen palvelurakennetta kehitettäessä
3. Profioiden vallan ja vakiintuneen voimavarojen kohdentumisen tasapainottaminen
4. Allokatiivisen tehokkuuden parantaminen
5. Asiakaslähtöisyyden parantaminen
6. Vastuullisuuden parantaminen tilaamisessa ja tuottamisessa
7. Vertailtavuuden ja läpinäkyvyyden parantaminen palvelujen tuotannossa
8. Priorisoinnin selkiyttäminen

Kuviossa 3 on esitetty tilaaja–tuottaja-toimintatavan nykytila ja tavoitetila. Nykytilan haasteita Junnila (2012, 21) kuvaa kuntien johtamisjärjestelyiden kautta. Ulkoistettujen palveluiden liittämistä osaksi kokonaisuuden johtamista ei ole aina huomioitu riittävästi. Palveluiden tulisi aina muodostaa kuntalaisen kannalta toimiva kokonaisuus. Nykytilaa kuvaa pirstaleinen palveluiden ulkoistaminen, ennen kaikkea palveluiden käyttäjän näkökulmasta. Mitä pidemmälle monituottajamallissa mennään, sitä tärkeämmäksi tulee palveluiden kehittäminen yhdessä tilaajan ja tuottajan välillä. Kuvion 3 tavoitetilaan pääseminen edellyttää kunnilta uudenlaista johtamisotetta, jossa yhdistyy hierarkkinen ylhäältä-alas johtaminen ja erilaisten toimijoiden välinen yhteistyön johtaminen. Toimivien palvelukokonaisuuksien muodostuminen edellyttää yhteistyötä toiminnan kaikilla tasoilla.

1) NYKYTILA



2) TAVOITETILA



Kuvio 3. Tilaaja–tuottaja-toimintatavan nykytila ja tavoitetila (Junnila 2012, 20).

2.1.2 Terveystenhuollon palvelun haasteita

Suomalaiseen terveydenhuoltoon tuovat haasteita väestön ikääntyminen, kuntien heikkenevä huoltosuhde, terveydenhuollon ammattilaisten pula, talouden uhkakuvat ja potilaiden lisääntyvät vaatimukset (Mäkijärvi 2013, 2). Suurimmaksi nykytilanteen haasteeksi terveydenhuollossa nähdäänkin lääkäripalvelujen saatavuus. Ylipitkät jonotusajat ovat näkyvin yksittäinen merkki kriisiytyneestä tilanteesta. Muuttuvan sosiaali- ja terveydenhuollon jatkuvasti kasvavia kustannuksia on mahdotonta hallita, jos perusterveydenhuolto ei pysty hoitamaan sille kuuluvia tehtäviä ja potilaat päädytään hoitamaan erikoissairaanhoidossa. Kalliimmasta hoidosta huolimatta potilas saattaa jäädä ilman eniten tarvitsemaansa

arkipäivän apua, tukea sairauksien kanssa selviämisessä kotona. (Erhola ym. 2013, 42.)

Suomalaisen terveydenhuollon palvelun laatua kuvaava seurantatieto on vielä hyvin vähäistä, niin julkisella kuin yksityiselläkin puolella. Vertailutiedon tuottamisessa ollaan selkeästi muita Pohjoismaita jäljessä. Näiden lisäksi merkittävä ongelma suomalaisessa terveydenhuollon palvelujärjestelmässä on monikanavainen rahoitusjärjestelmä. Kunnat maksavat perusterveydenhuollosta eri periaatteiden mukaan kuin erikoissairaanhoidosta ja nämä kaksi rahoitusjärjestelmää ovat kehittyneet eri tahtiin ja yhteen sovittamatta. Kehityksen suuntaa pyritään muuttamaan käynnissä olevan Sote-palvelurakennemuutoksen myötä, jossa tavoitteena on vahvojen palvelunjärjestäjien muodostaminen. (Erhola ym. 2013, 43.)

Erholan ym. (2013, 39) mukaan terveydenhuolto tarvitsee kipeästi uudistusta rahoitusjärjestelmän kehittämiseen, potilaan valinnanvapauden korostamiseen ja palveluntuottajien kilpailuttamiseen. Esimerkiksi Ruotsissa hoidon vaikuttavuutta mitataan kansallisella laaturekisterillä, johon kaikki terveystietopalveluiden tuottajat raportoivat hoitotuloksensa. Tiedot ovat julkisia, ja näin lääkärit, sairaalat ja potilaat voivat vertailla hoitolaitoksia ja -tuloksia toisiinsa. Myös Suomessa on jo joitakin yksittäisiä laaturekistereitä, kuten esimerkiksi Tampereen yliopistollisen sairaalan Sydänkeskuksessa. Hoidon vaikuttavuuden mittaaminen nähdään tärkeäksi niin julkisella kuin yksityiselläkin puolella, mutta toistaiseksi mittarit ovat vielä toisistaan irrallisia. Suurin haaste piileekin tiedon yhdistämisessä kansallisesti yhtenäisiksi siten, että terveydenhuollon asiakas voi vertailla tietoa luotettavasti.

2.1.3 Terveysthuollon palvelun mahdollisuuksia

Työ- ja elinkeinoministeriön (2015) mukaan 73 prosenttia kansalaisista kannattaa asiakkaan valinnan vapauden lisäämistä. Julkinen sektori on perinteisesti tehnyt valtaosan päätöksistä siitä, missä asiakasta hoidetaan ja kuka tätä hoitaa.

Käynnissä olevan Sote-uudistuksen tarkoituksena on luoda palvelurakenne, jossa ihmiset saavat yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut; väestön hyvinvointia edistetään ja vähennetään terveyseroja sekä pienennetään kestävyysvajetta. Tavoitteena on, että Sote-alueeseen kuuluvat kunnat ja kuntayhtymät tuottavat palvelut asukkailleen kuten tähänkin asti. Lakiesityksen mukaan Sote-alue laatisi joka neljäs vuosi toimintaansa koskevan järjestämispäätöksen, ja päätös laadittaisiin yhteistyössä tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien kanssa. Tämä järjestämispäätös käsiteltäisiin ja hyväksyttäisiin Sote-alueen ja sosiaali- ja terveysministeriön neuvottelumenettelyssä. Lakiesityksen mukaan järjestämispäätöksessä sovitaan, miten alueen asukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelut toteutetaan ja varmistetaan palvelujen saatavuus, laadukkuus ja kustannustehokkuus. Järjestämispäätöksessä on tavoitteena linjata, mitä palveluja tuottamisvastuussa oleva kunta tai kuntayhtymä tuottaa itse ja miltä osin se ostaa palveluja järjestöiltä tai yksityisiltä yrityksiltä. Järjestöiltä ja yksityisiltä tahoilta ostettavat palvelut kilpailutettaisiin hankintalain mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014a.)

Tavoitteena lakiesityksessä on, että Sote-alueen kunnat rahoittaisivat toimintansa itse. Kunnan rahoitusosuuteen vaikuttaisi asukasluvun lisäksi ikärakenne ja sairastavuus. Esityksen mukaan Sote-alue maksaisi korvauksen niille kunnille ja kuntayhtymille, jotka tuottavat palveluja alueelle ja korvausten suuruuteen vaikuttaisi palvelujen tarve sekä vaikuttavuus- ja tehokkuusvaatimukset. Lakiesityksen mukaan Sote-alue tekisi kuntien ja kuntayhtymien kanssa vuosittain tulossopimukset. Lakiesityksen tavoitteena on yhdenmukaistaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja selkiyttää monikanavaista rahoitusjärjestelmää. Tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden seurantaan ei sen sijaan ole vielä kehitetty yhdenmukaista järjestelmää. Yhtenäisen kansallisen vaikuttavuustilas-

toinnin myötä kaikki palveluntarjoajat, niin julkiset kuin yksityisetkin, olisi mahdollista arvioida yhdenvertaisesti niin laadun, tuloksellisuuden kuin vaikuttavuudenkin arvioinnissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014b.) Lakiesityksen käsittelyä jatkaa keväällä 2015 valittu uusi hallitus.

2.2 Muutoksessa johtaminen

Muutospuhe leviää laajasti yhteiskunnassamme. Muutosta luonnehditaan usein jatkuvaksi ja vaikutuksiltaan dramaattiseksi. Muutokselle käsitteenä ei ole olemassa täsmällistä määritelmää sen luonteen ja laajuuden vuoksi. (Taskinen 2011, 146.) Kunta- ja palvelurakenteita uudistettaessa kaikki kunnat ovat muutosten edessä, erityisesti sosiaali- ja terveysalalla. Muutokset kunnissa merkitsevät rakenteiden, järjestelmien, toimintatapojen ja voimavarojen uudelleen organisoimista. Muutoksen johtaminen on asioiden ohjaamista ihmisten kautta ja heidän avullaan. Työntekijöiden motivoiminen toimimaan muutoksen hyväksi on onnistumisen ehdoton edellytys. Muutoksen onnistumisessa avainasemassa on muutosviestintä. (Kuntaliitto 2015c.)

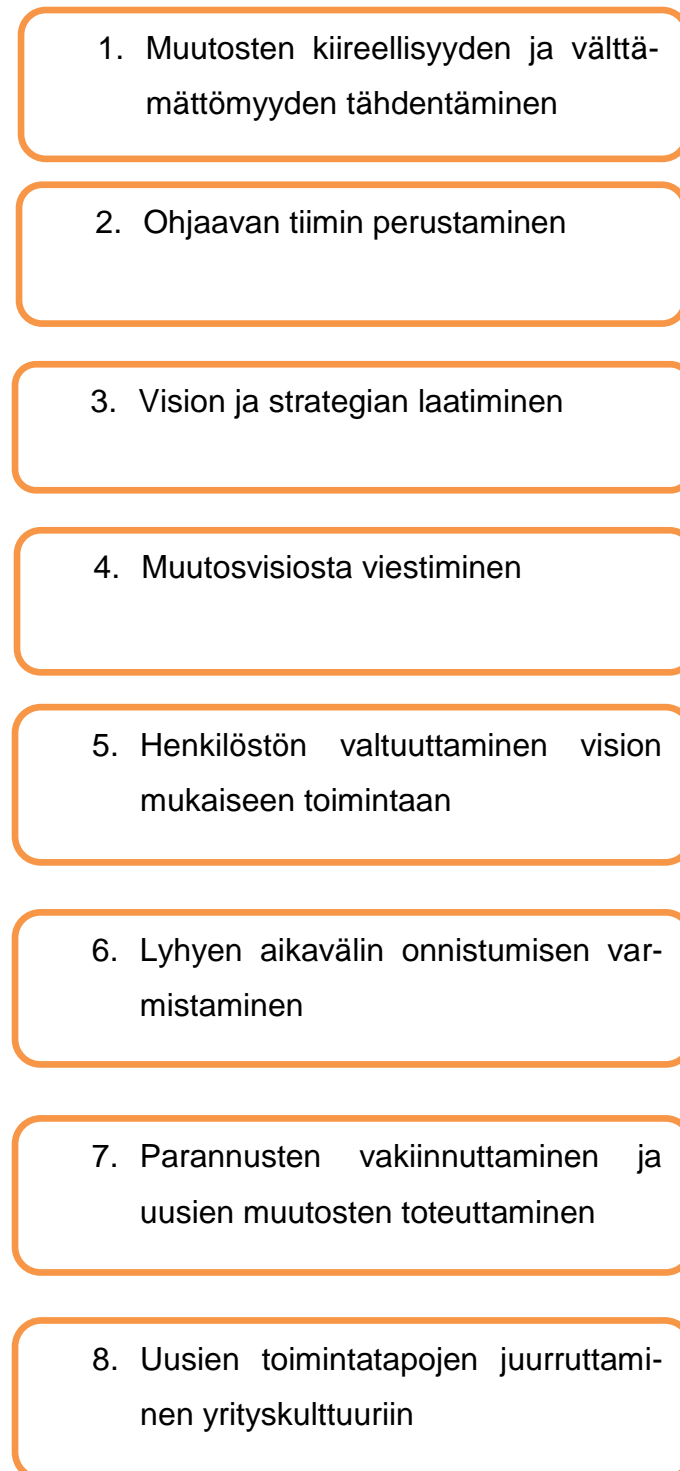
Johtamiseen liitetään usein suuria toivomuksia ja vaatimuksia. Hyväksi johtajaksi tuleminen vaatii henkilökohtaisten ominaisuuksien lisäksi myös muita elementtejä. Johtajan toimintaan vaikuttavat muun muassa johtajan työkokemus, elämäkokemus, halu toimia johtajana, itsetuntemus, jatkuva itsensä kehittäminen ja johtajakoulutus. Johtajaksi kasvaminen ei tapahdu johtamistyön ulkopuolella. (Lammintakanen & Rissanen 2011, 267.) Muutoksen johtamisen keskeinen periaate on oikeudenmukaisuus. Johtamisessa on kysymys vallankäytöstä ja arvovalinnoista, minkä vuoksi johtamiseen kuuluu olennaisesti myös eettisyyden arviointi. Muutosten oikeudenmukaisuuden kokemiseen vaikuttavat hyvän muutoksen johtamisvaatimukset eli tiedottaminen ja tietojen saaminen muutoksesta sekä työntekijöiden osallistuminen ja vaikuttaminen itse muutokseen. Oikeudenmukaisuus on muutoksen johtamisessa eniten tutkittu eettinen periaate. (Taskinen 2011, 160.)

Kotterin (2012, 16) mukaan tavallisimpia virheitä muutoksen epäonnistumisessa on tyytyväisyys vallitsevaan tilanteeseen. Muutos ei motivoi tai muutosta aliarvioidaan. Onnistuneen muutoksen läpivieminen tarvitsee vahvan ohjaavan tiimin, joka asettaa riittävästi lyhyen aikavälin tavoitteita ja kertoo selkeästi, mikä on päämäärä. Ihmisten osallistaminen ja reaaliaikainen viestintä on olennaisessa onnistuneen muutoksen johtamisessa.

Johtaminen muutoksessa vaatii sekä asioiden (management) että ihmisten johtamista (leadership). Asioiden johtamiseen kuuluvat suunnittelu ja budjetointi, organisointi ja miehitys sekä valvonta ja ongelmanratkaisu. Muutoksen vaiheet tulee suunnitella ja aikatauluttaa yksityiskohtaisesti sekä varata riittävät resurssit muutoksen läpiviemiseen. Valta ja vastuu tulee delegoida suunnitelman toteuttamiseksi ja ihmisten työskentelyn tueksi. Muutoksen edistymistä ja tuloksia seurataan, määritellään mahdolliset poikkeamat ja organisoidaan ongelmien ratkaisut. Ihmisten johtaminen sisältää joukon prosesseja, joissa määritetään miltä tulevaisuuden tulisi näyttää. Ihmiset koordinoitaan ymmärtämään muutoksen visio ja strategia kertomalla muutoksen suuntaviivat selkeästi ja ymmärrettävästi sekä kannustetaan heitä tekemään visiosta totta esteistä huolimatta. Muutoshankkeessa onnistuminen edellyttää 70–90-prosenttisesti ihmisten johtamista ja vain 10–30 prosenttia asioiden johtamista. (Kotter 2012, 28.)

2.2.1 Muutosprosessi

John P. Kotter (2012, 37–166) jakaa muutosprosessin kahdeksaan eri vaiheeseen (kuvio 4).



Kuvio 4. Muutosprosessin kahdeksan vaihetta (Kotter 2012, 22).

Yhteistyön saavuttamiseksi kiireellisyyden ja välttämättömyyden tähdentäminen on tärkeää. Liiallinen tyytyväisyys vallitsevaan tilanteeseen ei yleensä johda muutoksen etenemiseen. Muutos on koettava tärkeäksi. Kiireellisyyden ja välttämättömyyden tunnun lisääminen edellyttää liiallisen tyytyväisyyden poistamista tai niiden vaikutusten minimoimista. Muutoksen toteuttajat, organisaation ihmiset tulee saada kokemaan muutokset välttämättömiksi. Tämä vaatii usein rohkeita toimia, jotka yleensä yhdistetään ihmisten johtamiseen. (Kotter 2012, 37–38.)

Ohjaavan tiimin perustamisessa tärkein tehtävä on löytää tiimiin oikeat jäsenet. Kotterin (2012, 63–68) mukaan tehokkaassa tiimissä tulee olla riittävästi avainhenkilöitä, joilla on asemaan perustuvaa valtaa, riittävästi asiantuntemusta ja uskottavuutta ja johtajuutta. Tärkein ominaispiirre on johtajuus, niin asioiden kuin ihmistenkin johtaminen. Onnistuneessa ohjaavassa tiimissä tarvitaan myös keskinäistä luottamusta. Tapaamiset ja toimenpiteet kannattaa suunnitella huolellisesti. Keskustelu ja yhteinen toiminta vahvistaa luottamuksen syntymistä. Oikeiden ihmisten löytymisen jälkeen tulee etsiä yhteinen päämäärä.

Kotterin (2012, 69–74) mukaan huolellinen vision ja strategian laatiminen auttaa selkiyttämään muutoksen suunnan. Visio on tulevaisuudenkuva siitä, mitä kohti ihmiset suuntaavat toimintansa. Selkeä visio kannustaa ja koordinoi ihmisiä tekemään oikeansuuntaisia toimenpiteitä muutoksessa. Hyvä visio näyttää suunnan ja voi auttaa häiriöiden selvittämisessä. Näin yhteen sopimattomat osat muutosprosessissa voidaan keskeyttää ja siirtää vapautuva resurssi muutoksen muihin osioihin.

Vision tehokas viestintä onnistuu, kun viestintä on selkeää ja riittävän yksinkertaista. Visiosta viestiminen onnistuu yleensä parhaiten, kun käytetään useita eri viestintätapoja – kokouksia, muistioita, julisteita, kahdenkeskisiä keskusteluita. Viestinnässä kannattaa käyttää kertausta, yhdellä ainoalla viestintäkerralla ei ehdi vastaamaan kaikkiin viestin vastaanottajien kysymyksiin. Oman esimerkin näyttäminen vision toteuttamisesta on usein tehokkain tapa viestittää muutoksesta. Visiosta viestittäminen on vaikeaa, sillä se on aina kaksisuuntainen pro-

sessi. Johtajan tulee osata antaa, mutta myös ottaa vastaan palautetta. (Kotter 2012, 87.)

Vastuun ja valtuuksien antaminen henkilöstölle lisää Kotterin (2012, 105–106) mukaan työmotivaatioita ja sitouttaa henkilöt toimimaan kohti yhteistä visiota. Johtajan on varmistettava, että tiimin ihmisillä on riittävät taidot, jotta he saavat mahdollisuuden onnistua työssään. Kun henkilöt omaavat riittävät taidot ja oikeat asenteet, on heille helppo antaa vastuuta ja valtuuksia. Hyvät ihmisten johtamisen taidot omaava esimies tuntee tiimensä jäsenet ja osaa näin antaa oikean määrän vastuuta.

Kokemus lyhyen aikavälin onnistumisista antaa henkilöstölle näyttöä siitä, että uhraukset ovat tuottaneet tulosta. Tässä vaiheessa myönteinen palaute tavoitteen saavuttamisesta parantaa työmoraalia ja -motivaatiota. Lyhyen aikavälin onnistumiset antavat tiimille palautetta ideoiden kelvollisuudesta ja antaa näyttöä siitä, että muutos etenee oikeaan suuntaan. (Kotter 2012, 121–122.)

Muutosprosessissa esiinnousseet parannukset kannattaa Kotterin (2012, 137–138) mallin mukaan vakiinnuttaa aika ajoin, esimerkiksi lyhyen aikavälin onnistumisten kautta. Muutosprojektit saattavat olla usein niin mittavia, että prosessi voi pysähtyä ennen päätepistettä. Tässä seitsemännessä muutosvaiheessa vaarana on ohjaustiimin väsähtäminen, sillä muutosprosessissa muutoksen määrä usein lisääntyy eikä vähene. Johtaminen vaatii jatkuvaa resurssien tunnistamista. Muutosprosessiin voi tulla mukaan enemmän ihmisiä tai heitä voidaan ylentää.

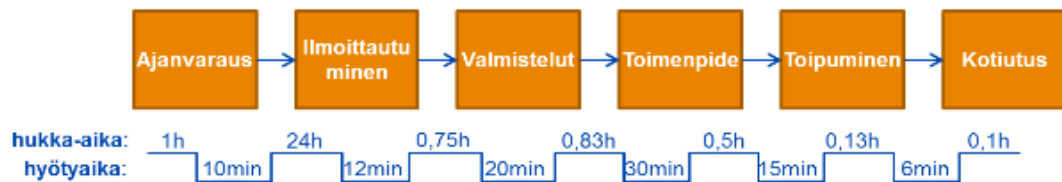
Uusien toimintatapojen juurruttaminen organisaation kulttuuriin ei aina ole helppoa, vaikka uudet menettelytavat olisivatkin sopusoinnussa vanhan kulttuurin kanssa. Useimmat normien ja yhteisten arvojen muutokset juurtuvat muutosprosessin loppuvaiheessa. Uudet toimintatavat on mahdollista juurruttaa kulttuuriin vasta, kun on todettu että ne toimivat ja ovat vanhoja toimintatapoja parempia. Juurruttaminen vaatii paljon työtä. Uudet toimintatavat on helpompi ottaa vastaan, kun ne on kerrottu selkeästi ja riittävän konkreettisesti. (Kotter 2012, 156–157.)

2.2.2 Lean-ajattelu terveysalalla

Lean-ajattelu on johtamisfilosofia, jonka lähtökohta on arvo (value). Arvoon liittyy läheisesti kustannukset (costs). Lean on asiakaslähtöinen prosessijohtamisen malli, joka perustuu tuotantoprosessin tehostamiseen ja tehottomuuden poistamiseen. Yksi keskeisistä tavoitteista on läpimenoajan lyhentäminen eli nopeuden ja tehokkuuden kasvattaminen. Ilman tehokasta läpimenoaikaa taloudellista parannusta ei välttämättä saavuteta. Lean on muodostettu Toyotan periaatteiden pohjalta. Sanana lean alkoi leviämään 1990-luvulla julkaistun ”The Machine That Changed The World” myötä. (Hines, Holweg & Rich 2013, 995.)

Lean-ajatteluun kuuluu lukuisia konsepteja, teorioita ja työkaluja. Näistä keskeisin työkalu on VSM (Value Stream Map). Sitä käytetään kehittämiskohteiden parantamiseen ja tunnistamiseen. Lean Toyotan taustalla on ajattelumalli, joka tavoittelee jatkuvaa parantamista ja sopeutumista markkinoihin. Parannustoiminnan tulee olla päivittäistä toimintaa ja osa johtajuutta. (Sultana & M Nazrul Islam 2013, 21.) Palveluntuottajien mielenkiinto on löytää kiristyvän kilpailun myötä uusia keinoja hillitä palvelun tuotantoon liittyviä kustannuksia, vähentää tehottomuutta, lisätä palvelun laatua ja tuottavuutta sekä asiakastyytyväisyyttä. (Sabeena Begam, Swamynathan & Sekkizhar 2013, 20.)

Lean-ajattelu on lähtöisin autoteollisuuden alalta, mutta soveltuu terveysalalla muun muassa laadunhallintaan, resurssien allokontiin, tuottavuuden lisäämiseen, tuotannon ohjaukseen ja potilasturvallisuuden parantamiseen eli kaikkeen prosessiluonteisen toiminnan kehittämiseen. Terveyspalveluiden tarjonnassa arvovirta tarkoittaa asiakkaan hoitopolun kuvaamista. Terveystalon arvovirta on kuvattu kuviossa 4. Hoitopolku Lean-ajattelun näkökulmasta on ketju vaiheita, joissa asiakkaan hoidon vaiheet kuvataan ajanvarauksesta lähtien tavoiteltuun lopputulokseen eli kotiutukseen. (Terveystalo 2015b.)



Kuvio 4. Periaatekuva arvovirtaprosessista (Terveystalo 2015b).

Kuviossa 4 on kuvattu kuinka Terveystalossa hoitopolku avataan arvontuottovaiheiksi. Jokainen hoitopolun työtä tai aikaa sitova vaihe kuvataan. Näin jokaisen tunnistetun vaiheen lisäarvo eli hyöty asiakkaalle voidaan tunnistaa. Tunnistamisvaiheen tarkoitus on vähentää häiritseviä ja hidastavia vaiheita ja tavoitteena on parantaa ja yksinkertaistaa palvelua asiakkaan hyväksi. Tehokkailla hoitopoluilla voidaan minimoida asiakkaan turha odottelu hoitopolun eri vaiheissa. Hoitopolun kuvaaminen helpottaa myös henkilökunnan työtä ja vähentää vaaratapahtumien riskiä. (Terveystalo 2015b.)

Terveystalossa erityispiirteet muodostavat lisähaasteita kehittämistoiminnoille, koska palveluprosessit ovat moninaisia. Terveystalossa ei ole vakioituja toimintatapoja, koska palveluprosessit muodostuvat asiakkaiden yksilöllistä tarpeista. Terveystalossa on lisäksi paljon monimutkaista teknologiaa. Osa toimipisteistä on syrjäisiä ja moniammatilliset tiimit voivat olla osittain tai kokonaan virtuaalisia. Tämän vuoksi terveydenhuollon tärkein kehittämiskohde on toimivat ja tehokkaat palveluprosessit. Prosessien kehittäminen nähdäänkin terveydenhuollossa välttämättömänä. Prosesseja on jo tunnistettu ja kuvattu, mutta yhtenäistä kehittämismenetelmää ei ole vielä löytynyt. (Mäkijärvi 2013, 9.)

Mäkijärvi (2013) on tutkinut Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) prosesseja Lean-pilottihankkeiden kautta. Tulokset ovat olleet erinomaisia, hankkeet onnistuneita ja tulokset konkreettisia. Mäkijärven (2013, 3) mukaan raportoidut tulokset osoittavat 15–35 prosentin lisäystä tuotannossa ilman, että resursseja on jouduttu lisäämään. Lean-hankkeiden myötä on myös havaittu kustannussäästöjä yli 2 miljoonan euron edestä. Hankkeiden onnistumisen taustalla on HUS:ssa ollut osaava Lean-valmentaja, motivoitunut henkilökunta

ja sitoutunut johto. Mäkijärven (2013) tutkimustulosten ja käytännön kokemusten perusteella Lean -menetelmän on todettu sopivan erinomaisesti prosessiluonteisen toiminnan kehittämismenetelmäksi HUS:ssa.

2.2.3 Johtaminen terveysalalla

Sosiaali- ja terveyspalvelut muuttuvat ja kehittyvät jatkuvasti. Osaamistarpeita vaaditaan sekä henkilöstöltä, että johtajilta. Tämä edellyttää puolestaan johtamisen ja henkilöstövoimavarojen vahvistamista. (Lammintakanen 2011, 240.) Monimuotoiset verkostot ovat yhä yleisempiä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Verkostoja yhdistää jokin yhteinen asia, tavoite tai kohde. Monimuotoinen verkosto voi muodostua erilaisten organisaatioiden yhteistyöstä, esimerkiksi julkisen, yksityisen ja järjestöjen verkostoista. Tällöin kyseessä on usein prosessi tai palveluiden muodostama kokonaisuus, jossa yhdistyy usean eri ammattiryhmän osaaminen. (Niiranen 2011, 130.)

Sosiaali- ja terveyshuollossa johtaminen on jaettu poliittiseen ja palkkasuhteeseen johtamiseen, sekä substanssi- ja yleisjohtamiseen. Viime vuosina näistä johtamisen käsitteistä on pyritty luopumaan ja huomiota on kiinnitetty yhä enemmän asia- ja ihmislähtöisyyden yhdistämiseen, poliittisen ja viranhaltijajohdon integrointiin, strategiseen ja käytännön johtamiseen, johtajan ja työntekijän väliseen vuorovaikutukseen ja ylipäättään kokonaisuuksien johtamiseen. (Rissanen & Hujala 2011, 82.)

Asiantuntijatiedon merkitys on tärkeää sosiaali- ja terveyspalveluissa. Samojen ammattikuntien sisälle muodostuu erilaista osaamista edellyttäviä tehtäviä. (Niiranen 2011, 142.) Johtajien rooli oman organisaationsa keulakuvana on korostunut kunnissa ja sairaanhoitopiireissä erityisesti viime vuosina. Tämä muutos näkyy vahvistuvana maineenhallintatyönä, jossa johdolla on keskeinen rooli. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksi tärkeimmistä kysymyksistä liittyy tuotteistamiseen. Onko sitten palvelujen ja tuotteiden tuottaminen johdettavaa työtä? Tästä lähtökohdasta yksi johtamistutkimuksen suuntaus on julkisen ja yksityisen joh-

tamisen vertailu, jota Rissanen & Hujala (2011, 83–85) kuvaa taulukossa 2 Salmista (2005) mukaillen.

Taulukko 2. Julkisen ja yksityisen johtamisen vertailu (Rissanen & Hujala 2011, 85).

Julkinen johtaminen	Yksityinen Johtaminen
Perustana on yleinen etu.	Perustana on yksityinen intressi.
Johtamisen tavoitteet nojaavat yhteiskuntapoliittisiin päämääriin.	Tavoitteet nojaavat yksittäisen organisaation menestykseen ja voittoon.
Johtajat ovat kansan palvelijoita.	Johtajat ovat intressi- ja omistajaryhmän palvelijoita.
Organisaatiot ovat epäautonomisia ja ympäristö vakaa.	Organisaatiot ovat melko autonomisia ja ympäristö epävakaa.
Toimintavapaus on rajallinen.	Toimintavapaus on vähemmän rajallinen
Virkamies on virkavastuussa.	Johtaja on tulostavastuussa.
Johtaminen on yleensä julkista.	Johtaminen on liikesalaisuus.
Johtaja on usein kompromissijohtaja, neuvottelija ja koordinoija.	Yksityinen johtaja on todellinen johtaja, keulakuva tai yrittäjä.

Taulukon 2 mukaista johtamisvertailua ei voida käytännössä rajata tarkkaan, sillä julkisen sektorin toiminnan muutos ja yksityisen sektorin kasvu ovat muuttaneet johtamista entistä monimuotoisemmaksi. Yhä useampi sosiaali- ja terveysalan johtaja työskentelee yksityisessä yrityksessä. Vastaavasti yksityisen sektorin johtamiskäytäntöjä on tuotu yhä enemmän myös julkisen sektorin johtamiseen. Pyrkimys soveltaa liiketalouden periaatteita sosiaali- ja terveydenhuoltoon asettaa johtamiselle uusia haasteita. Sosiaali- terveyshuollon johtamisessa on vahvasti mukana erilaiset yhteiskunnalliset arvoasetelmat, kuten eettisesti hyvän hoidon ja kustannusten suhde. Tasapainottelu arvojen ja kustannusten välillä herättää paljon keskustelua. Tärkeää on arvioida, miten rajalliset resurssit on mahdollista käyttää eettisesti kestävästi. Haasteena julkisessa johtamisessa nähdään se, että laaja-alaiset julkiset rakenteet ja niiden toimintamallit muuttuvat hitaammin kuin yksityisen sektorin rakenteet ja toimintamallit. (Rissanen & Hujala 2011, 86–93.)

Ammattihenkilöiden kelpoisuus on sosiaali- ja terveyshuollossa säädetty säädöksillä. Sen sijaan johtamiskelpoisuutta ei ole määritelty. Terveystalossa johtamisosaamisen määrittely ja johtajien kelpoisuusvaatimusten miettiminen jäävät organisaatioiden ja professioiden tehtäväksi. Sosiaali- ja terveysjohtamisessa nähdään yhtenä tulevaisuuden haasteena johtajien rekrytointi. Terveystalossa tämä koskee erityisesti hoitotyön johtajia. Ongelma on kansainvälinen. Monia johtotehtäviä on jouduttu lakkauttamaan tai niitä on jouduttu täyttämään muilla kuin hoitotyön edustajilla. Johtamisuralle hakeutuminen ei välttämättä ole enää tietoinen valinta. (Lammintakanen & Rissanen 2011, 268.)

2.3 Yksityistäminen

Yksityistämisen käsite on määritelty eri alojen kirjallisuudessa eri tavoin. Terveystalossa yksityistämisen käsitteellä tarkoitetaan kunnan hankkimaa palvelua yksityiseltä palveluntuottajalta tekemällä tämän kanssa ostopalvelusopimus. (Huhtanen 2012, 83.) Kuntien tehtävä on varmistaa yksityisten palveluntarjoajien laatu ennen ostopalvelusopimuksen tekemistä. Kunnan velvollisuus on myös seurata laatua koko sopimuskauden ajan. Kuntien lisäksi yksityisiä terveyspalveluja valvovat myös aluehallintovirasto (AVI) ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), sekä eduskunnan oikeusasiamies ja valtioneuvoston oikeuskansleri. (Huhtanen 2012, 96.)

Terveystalo tarjoaa kunnille terveyspalveluja, jolloin kysymyksessä on kuntien toiminnan yksityistäminen. Terveystalon kannalta kyse on tuottavasta liiketoiminnasta ja se tarjoaa palvelujaan kuntien järjestämien kilpailutusten kautta. Kilpailutusta säätelee hankintalaki (348/2007) ja palveluista tehdään palveluhankintasopimus.

2.3.1 Säädökset yksityistämisen taustalla

Kuntien järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvia terveyspalveluita ovat perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon palvelut. Ne on säädetty kansanterveyslaissa (66/1972), erikoissairaanhoidon laissa (1062/1989) ja terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Perusterveydenhuoltoon kuuluu väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistäminen, suun terveydenhuolto, lääkinnällinen kuntoutus, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto, päivystystoiminta, avosairaanhoidon palvelut, kotisairaanhoidon palvelut ja sairaalahoito sekä mielenterveys- ja päihdetyö. Erikoissairaanhoidon palveluihin kuuluu puolestaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukainen sairauksien ehkäisy, tutkiminen ja hoito.

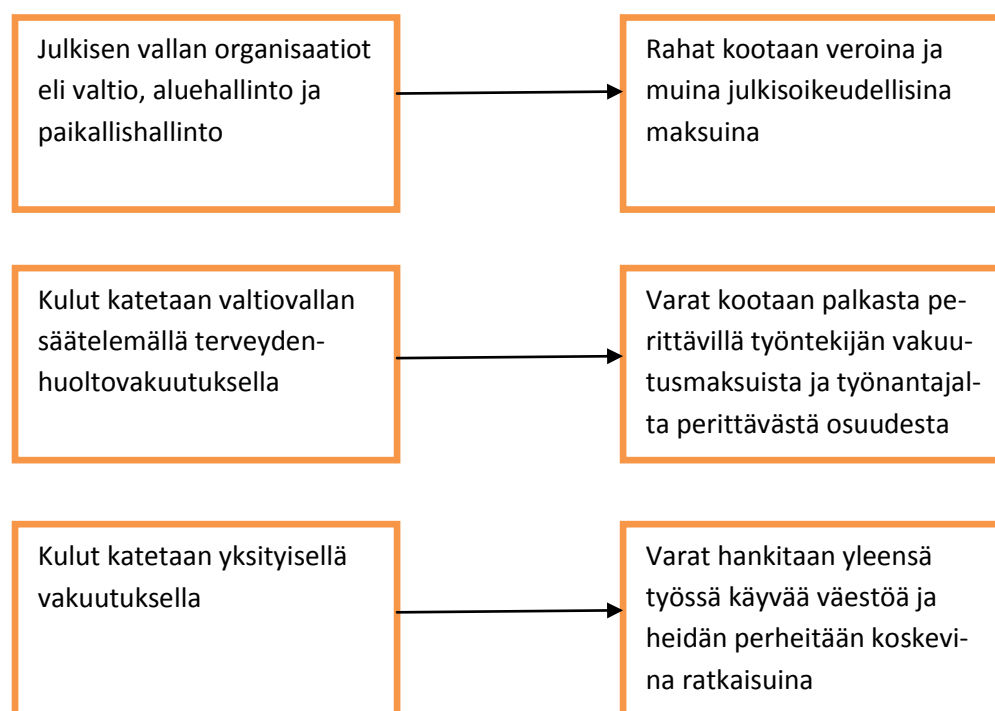
Jokaisen kunnan tulee kuulua johonkin erikoissairaanhoidon palvelualueeseen tarkoitettuun sairaanhoidon palvelualueeseen. Kunnat voivat päättää itsenäisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavan. Toiminta voidaan järjestää kokonaan itse omalla henkilöstöllä, se voi sopia palveluiden järjestämisestä toisten kuntien kanssa tai olla jäsenenä palvelua hoitavassa kuntayhtymässä. Kunnat voivat myös halutessaan hankkia palvelut julkisilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta ostopalveluna. Kuntien käytössä olevista sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä on säädetty kuntalaissa (365/1995) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta säädettyssä laissa (STVOL 733/1992). (Huhtanen 2012, 81–83.) Hyvän hallinnon, oikeusturvan ja perusoikeuksien toteutumisesta on puolestaan säädetty laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Lakia voidaan soveltaa niin julkisen kuin yksityisenkin toimintaan. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista pitää sisällään määräyksiä potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeudesta. (Huhtanen 2012, 83.)

Perustuslain (731/1999) 124.§ velvoittaa kuntia kiinnittämään erityistä huomiota palvelun laatuun, kun se ostaa palveluita järjestämisvelvollisuutensa piiriin kuuluvia palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta. Kunnat voivat antaa lakisääteisen palvelun tuottamisen yksityisen palveluntarjoajan tehtäväksi, mutta se ei voi yksityistää lakiin perustuvaa palvelun järjestämisvelvollisuutta. Lainsäädännössä ei ole määritelty selvää rajaa mitä palveluita kunnan tulee huolehtia itse ja mitä se voi ostaa yksityissektorilta. Vakiintuneen käytännön mukaan raja määräytyy

julkisen vallan käytön perusteella eli kunta ei voi antaa yksityiselle palveluntarjoajalle sellaista tehtävää, johon kuuluu julkisen vallan käyttöä. (Huhtanen 2012, 86–88.)

2.3.2 Rahoitusperusteet

1900-luvun puolivälistä lähtien terveystalveluiden rahoitukseen on rakentunut kolme pääasiallista tapaa huolehtia palveluiden rahoituksesta (kuvio 5) (Kokko 2013, 242).



Kuvio 5. Terveystalveluiden rahoitustavat Kokkoa (2013, 242) mukailien.

Kuviossa 5 kuvatut suomalaisen terveydenhuollon rahoitustavat ja julkisen rahoituksen rakenne poikkeaa muiden saman kehitystason maista. Muissa Pohjoismaissa terveydenhuollon rahoitus on järjestetty julkisen maakuntahallinnon varaan, jolla on verotusoikeus ja poliittisesti valittu hallinto. Esimerkiksi Norjassa rahoitusvastuu on 2000-luvun alusta alkaen ollut valtiolla. Norjan valtio jakaa rahoituksen tarveperustaisesti viidelle alueelliselle ja melko itsenäiselle hallinto-yksikölle. Suomessa rahoitusvastuu on ollut 1993 lähtien peruskunnilla. Kan-

sainvälisesti suhteutettuna kunta on väestöpohjan ja taloutensa volyymi huomioiden ainutlaatuisen pieni yksikkö vastaamaan yksin terveydenhuollon palveluista. (Kokko 2013, 243.)

Suomalaisen terveydenhuollon kokonaiskustannukset olivat vuonna 2014 noin 16 017 miljoonaa euroa. Vuonna 2011 valtio maksoi terveydenhuollon kokonaiskustannuksista 24,4% ja kunnat 36,7%. Yksityinen rahoituksen osuus oli 24,5% ja kansaneläkelaitoksen osuus 14,4%. Yksityisistä rahoittajista suurimman osan rahoittavat kotitaloudet eli itse maksavat asiakkaat. Yksityisen rahoituksen prosenttiosuus kokonaismenoista oli vuonna 2011 yhtä suuri kuin valtion rahoituksen osuus julkisesta rahoituksesta. Useina vuosina se on ollut jopa valtion osuutta suurempi, vuonna 2000 lähes 10 % enemmän. (Matveinen & Knappe 2013, 23.) Rahoituslähteitä on monia, mikä tekee suomalaisten palveluiden rahoittamisesta monikanavaisen. Tämän lisäksi kansalaisten omavastuuosuudet ovat muihin maihin verrattuna korkeat. Itse maksettavat osuudet kertyvät lääkemennoista, vanhustenhuollon kohoavista asiakasmaksuista ja yksityisten palveluiden käytöstä. (Kokko 2013, 246–248.) Taulukossa 3 on kuvattu keskeisiä rahoittajia, rahoitustapoja ja -periaatteita suomalaisessa terveystaloudessa. Erikoissairaanhoidon kustannuksista 92 prosenttia rahoittaa kunta ja 4 prosenttia asiakkaat erilaisten asiakasmaksujen kautta. Erikoissairaanhoidon kulut ovat kunnille suurin ja kallein menoerä. Vuonna 2014 erikoissairaanhoidon kulut olivat 6,3 miljardia euroa. Kasvua edellisvuodesta oli tullut yli viisi prosenttia. (Kokko 2013, 247.)

Taulukko 3. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahoittajat, rahoitustavat ja rahoitusperiaatteet (Kokko 2013, 247).

Toiminto	Pääasiallinen rahoittaja	Pääasiallinen rahoitustapa	Pääasiallinen rahoitusperiaate
Terveyskeskus	Kunnat 89 % Kotitaloudet 9 %	Verotus Asiakasmaksut	Kiinteä budjetti
Työterveyshuolto	Työnantajat 49 % Sairausvakuutus 42 %	Työnantajamaksut Työtulovakuutus	Työntekijämäärä Suoritteet
Yksityinen terveydenhuolto	Kotitaloudet 49 % Sairausvakuutus 35 %	Asiakasmaksut Sairaanhoitovakuutus	Suoritteet
Erikoissairaanhoito	Kunnat 92 % Kotitaloudet 4 %	Verotus Asiakasmaksut	Hoitojaksot, suoritteet
Kelan korvaama laakehoito	Sairausvakuutus 56 % Kotitaloudet 44 %	Sairaanhoitovakuutus Omavastuut	
Matkat	Sairausvakuutus 89 % Kotitaloudet 11 %	Sairaanhoitovakuutus Omavastuut	Kustannukset
Vanhustenhuolto	Kunnat 80 % Kotitaloudet 20 %	Verotus Asiakasmaksut	Hoitopäivät, palvelut
Muu sosiaalitoimi	Kunnat Kotitaloudet	Verotus Asiakasmaksut	Kiinteä budjetti

Vuonna 1993 voimaan tullut valtionosuus- ja suunnittelujärjestelmän uudistus muutti terveystalouden rahoituksen kanavointia ja ohjausta. Ennen uudistusta suurin osa rahoituksesta tuli valtiolta. Uudistuksen jälkeen valtio ryhtyi maksamaan valtionosuuksia laskennallisin perustein asukasta kohti, soveltaen ikä- ja tarvekertoimia. Valtio siirsi vallan ja vastuun peruskunnille, joita uudistuksen aikoihin oli 470. Samaan aikaan vapautettiin julkinen rahoitus ja verorahoilla sai hankkia terveystaloutta myös yksityisiltä palveluntuottajilta. Uudistuksen myötä kunnat ja kuntayhtymät saivat oikeudet hankkia palveluita haluamaltaan taholta. Yksi ostopalvelumenettelyn vaihtoehto oli vuonna 2010 voimaan tullut palvelusetelikäytäntö, jossa palvelun ostosta vastaa palveluiden käyttäjä, ei kunta. Muuttuneessa rahoitustilanteessa julkisen ja yksityisen palvelun rajat muuttuvat. Tätä terveystalouden rahoituksen jakautumista on kuvattu alla olevassa taulukossa 4. (Kokko 2013, 250.)

Taulukko 4. Julkinen ja yksityinen rahoitus ja palveluiden tuotanto suomalaisissa terveyspalveluissa (Kokko 2013, 251).

Rahoitus	Kunnilta ja valtionosuuksista	Yksityisistä varoista, käyttäjiltä, vakuutusyhtiöiltä, työnantajilta tms. sekä Kelan sairausvakuutuskorvauksista
Palvelujen tuottaja		
Kunnallisesti ylläpidetty terveyskeskus, sairaala tai vastaava	Kuntien ja kuntayhtymien sekä näiden yhteisorganisaatioiden yllä pitämät terveyskeskuspalvelut sekä erikoissairaanhoidon keskus- ja aluesairaaloissa	Kunnallisissa palveluissa käyttäjä maksaa säädetyt asiakasmaksut. Vakuutusyhtiöiltä laskutetaan täysimääräisesti palvelun kustannukset myös julkisissa terveyskeskuksissa ja sairaaloissa
Yritys, yhteisö tai järjestö	Kuntien ym. organisaatioiden ostopalveluina tai palvelusetelimenettelyn avulla hankkimat palvelut	Yksityiset kansalaiset maksavat omista varoistaan; saavat suureen osaan palveluista sairausvakuutuskorvauksia. Maksajina voivat olla myös vakuutusyhtiöt.

Kunnat ja kuntayhtymät ostivat yksityisiä palveluita 450 miljoonalla eurolla vuonna 2012. Tämä tarkoittaa kolmea prosenttia kaikista palveluista. Yksityisten terveyspalveluiden rooli kasvaa kuitenkin jatkuvasti. Vuonna 2000 se oli 15,6% ja vuonna 2012 jo 22% kokonaisrahoituksen osuudesta. Yksityiset palveluntuottajat tuottavat ja tekevät yhteistyötä julkisen sektorin kanssa lääkärikeskus- ja sairaalapalveluissa, suun terveydenhuollossa, työterveyshuollossa, kuntoutuksessa ja ensihoidossa. Yksityinen sektori tuottaa noin 80% fysikaalisesta avokuntoutuksella, yli 50% aikuisten hammashuollosta ja noin 65% työterveyspalveluista. (Närhinen, Tuominen & Kinnari 2015.)

Suomalaisen erikoissairaanhoidon kehityshistoria on toistaiseksi ollut suoraviivaista, koska suuret rakenneuudistukset ovat vielä edessä. Erikoissairaanhoidon palveluista vastaa sairaanhoitopiirit. Jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin maan 21 sairaanhoitopiiristä. Kunnallinen organisaatio, terveyskeskus tai sairaala voi hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta esimerkiksi erikoislääkärin konsultaatioita tai toimenpiteitä täydentämään omaa toimintaansa. Tällöin asiakasmaksut ovat palvelunkäyttäjälle samat kuin kunnallisissa terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. (Kokko 2013, 255-257.) Kunnan ostaessa palveluita yksityiseltä sektorilta ei palveluntuottaja eikä asiakas ole oikeutettu saamaan sairausvakuutuskorvauksia. Yksityisasiakkaalla

on sen sijaan mahdollisuus hakea Kelakorvausta saamastaan yksityisestä palvelusta.

2.3.3 Yksityistäminen Pohjoismaissa

Pohjoismaisen terveydenhuollon valinnanvapausuudistus kiinnostaa suomalaisia, koska terveydenhuoltojärjestelmämme muistuttavat paljon toisiaan. Pohjoismaisten mallien hyviä puolia on palveluiden parempi saatavuus, monipuolisemmat palvelut, kilpailun myötä laadukkaampi palvelu ja lisääntynyt asiakaslähtöisyys. Pohjoismaissa terveydenhuollon suurin haaste, hoidon saatavuus, on ratkaistu ottamalla yksityisiä palveluntuottajia mukaan hoitoketjuihin. Tanskassa ja Norjassa on käytössä listalääkärimalli, jossa potilas listautuu haluamalleen yksityiselle tai julkisessa virassa toimivalle lääkärille. Ruotsissa perusterveydenhuolto on avattu yksityisille ja kolmannen sektorin palveluiden tuottajille vuoden 2010 sote-uudistuksen myötä. Ruotsin mallissa potilas saa valita hoitopaikkansa maakäräjien hyväksymältä palveluntuottajalta ja tällä hetkellä Ruotsissa jo yli 40% perusterveydenhuollon palveluntuottajista on yksityisiä. (Erhola ym. 2013, 35–38.) Ruotsalainen korvausjärjestelmä ei tee eroa julkisen ja yksityisen sektorin välille. Asiakas voi vapaasti valita hoitopaikkansa, kunhan se täyttää asetetut laatuvaatimukset. (Närhinen ym. 2015.)

Ruotsissa ennakoluuloja ennen valinnanvapausuudistusta oli pelko kustannusten noususta, sosioekonomisen epätasa-arvon lisääntymisestä, alueellisen epätasa-arvon lisääntymisestä sekä heikompien ja sairaampien syrjäytymisestä tiedonpuutteen vuoksi. Keskeisintä Norjan ja Ruotsin valinnanvapausuudistuksessa on kuitenkin ollut palvelujen parempi saatavuus ja palvelujen monipuolistuminen tuottajien lukumäärän kasvun myötä. Pelätystä epätasa-arvon lisääntymisestä ei ole ollut näyttöä. Valinnanvapauden vaikutusta lääketieteelliseen laatuun ei ole kuitenkaan pystytty osoittamaan, koska selkeitä seurantatuloksia ei vielä ole käytettävissä. (Erhola ym. 2013, 38.)

Norjassa on useita yksityisiä sairaaloita, joista 18 on esitelty Behandling i Norge (2015) internetsivustolla. Asiakas saa valita haluamansa yksityisen sairaalahoi-

don julkisen palvelun sijasta. Eri kirurgian erikoissalat esitellään sairaalan sivustoilla. Behandling i Norge-sivustolla asiakas voi vertailla esimerkiksi julkisen ja yksityisen sairaalan odotusaikoja. Norjan elinkeinoelämän keskusliiton Næringslivets Hovedorganisasjon:n (NHO) mukaan vuonna 2012 yksityissektorin palveluja käytti 24% ja julkisia palveluita 76% norjalaisista (Næringslivets Hovedorganisasjon 2014).

3 Menetelmälliset valinnat

Opinnäytetyöni oli laadullinen kehittämistyö, jossa analysoin kehittämäni hoidon saatavuusraportin prosessia Ojasaloa, Moilasta ja Ritalahtea (2014) mukaillen (kuvio 7). Lisäksi kuvasin asiakkaan hoitopolun prosessianalyysiä (blueprinting) käyttäen. Kehitin hoidon saatavuusraportin yhteistyössä palvelun tuottajan Terveystalo Joensuun ja palvelun tilaajan Attendon kanssa. Opinnäytetyöni oli tutkimuksellinen kehittämistehtävä, jossa on toimintatutkimuksen ominaispiirteitä.

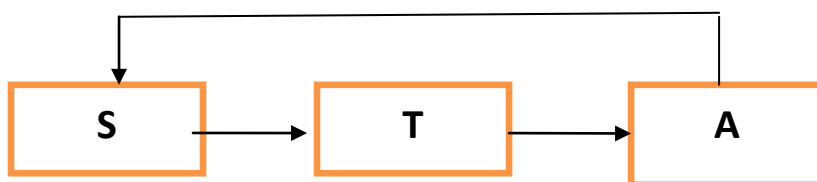
Aloitin hoidon saatavuusraportin tekemisen tammikuussa 2014. Raportin kehittäminen oli olennainen osa työnkuvaani ja jo raportin alkuvaiheessa määrittelin raportin kehittämisestä alustavan kehittämiskohteen. Kevään 2014 aikana kehittämiskohde varmistui ja aloitin alustavien tavoitteiden määrittämisen. Kehittämistehtäväni oli uudistamisperustainen, jossa tavoitteena oli uuden liiketoimintamallin ja palvelun raportointimallin luominen. Opinnäytetyöni tavoitteena oli tuottaa työnantajalleni Terveystalo Joensuulle sellaista tietoa, joka kehittää ja uudistaa Terveystalon osaamis- ja tietopohjaa. Tämä siksi, että jatkuva kehittämistyö on liiketoiminnan menestyksen edellytys.

Yritykset tarvitsevat jatkuvaa kehittämistyötä esimerkiksi kannattavuuden parantamiseen ja kasvun aikaansaamiseen, uusien liiketoimintamallien ja palveluiden kehittämiseen, toimivan organisaatorakenteen luomiseen ja henkilöstön motivoimiseen, asiakkaiden tarpeiden ja kysynnän ymmärtämiseen sekä toiminnan tehostamiseen ja prosessien kehittämiseen. Tutkimus ja kehittäminen liittyvät

käsitteinä yhteen. Kehittämistyössä korostuu tutkimuksellisuus. Tutkimuksellinen kehittäminen sijoittuu käsitteenä tieteellisen tutkimuksen ja arkiajatteluun perustuvan kehittämisen väliin. (Ojasalo ym. 2014, 17–18.)

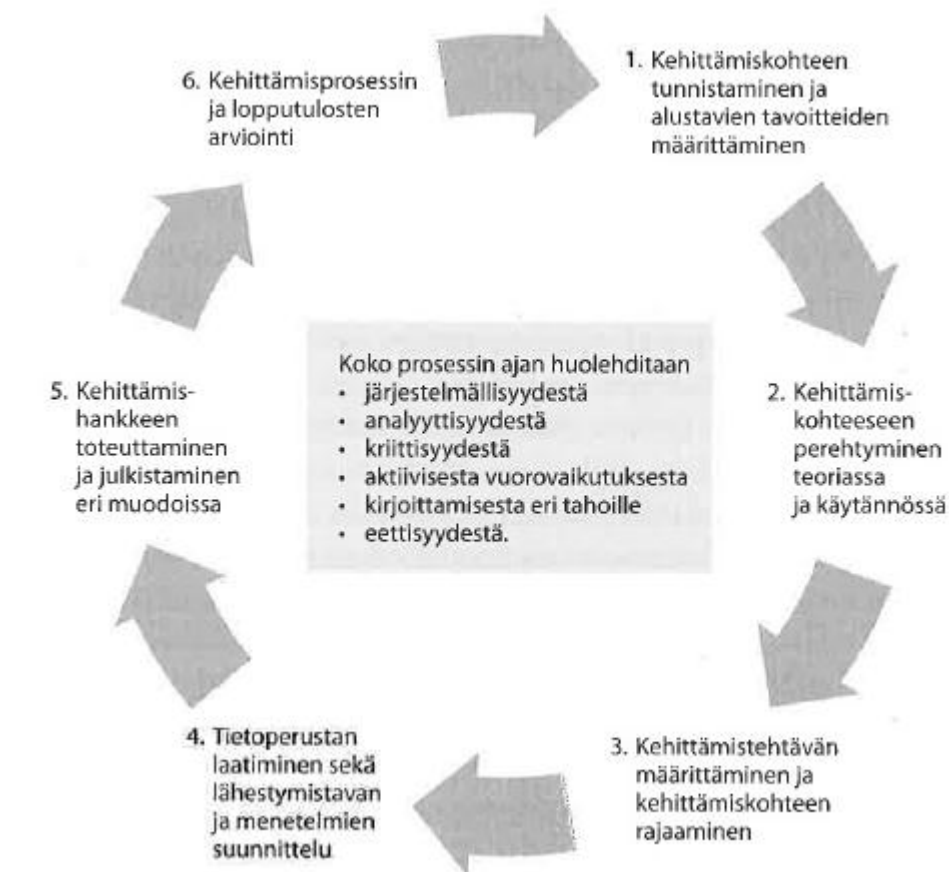
3.1 Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi

Kuvasin kehittämistyötäni prosessina toisiaan seuraavien vaiheiden kautta. Kehittäminen koostui selkeistä vaiheista. Prosessin kautta kehittämistehtävän vaiheiden tarkastelu auttoi minua tutkijana toimimaan järjestelmällisesti sen eri vaiheissa. Ojasalo ym. (2014, 22–23) jäsentää kehittämistyön yksinkertaiseksi muutostyön prosessiksi (kuvio 6). Kehittämistyöni suunnitteluvaiheeseen (S) kuului kehittämistehtävän haasteiden selvittäminen, niitä koskevien tavoitteiden asettaminen ja suunnitelma siitä, miten tavoitteisiin päästään. Toteutusvaiheeseen (T) kuului suunnitelman toteutus ja arviointivaiheessa (A) arvioin, miten onnistuin muutostyössä.



Kuvio 6. Kehittämistyön muutostyön prosessi (Ojasalo ym 2014, 22–23).

Ojasalo ym. (2014, 23–24) kuvaa kehittämisprosessin etenemistä kuvion 7 mukaisen prosessimallin avulla. Prosessimalleja tarvitaan, että saadaan kokonaiskuva kehittämistyöhön liittyvistä vaiheista. Käytännössä prosessin vaiheiden eroa voi olla vaikea nähdä. Prosessin etenemiseen kuuluu palaaminen taaksepäin ja eteneminen edestakaisin eri vaiheiden välillä.



Kuvio 7. Kehittämistyön prosessimalli (Ojasalo ym. 2014, 23–24).

Kehittämistyöni lähtökohtana oli kuvion 7, kohdan 1 mukaan *kehittämiskohteen tunnistaminen* ja siihen liittyvien tekijöiden tunnistaminen. Tavoitteena oli uuden liiketoimintamallin eli kirurgisen erikoissairaanhoidon palvelun prosessien kehittäminen ja uudistaminen – hoidonsaatavuusraportin luominen.

Kehittämiskohteen tunnistamisen jälkeen etsin siihen liittyvää *tietoa sekä käytännöstä että teoriasta* (vertaa kuvio 7, kohta 2). Käsittelin kootun tiedon suhteessa kehitystehtävääni. Teoriatiedon haussa keskeistä oli löytää kehitystehtävän näkökulma ja keskeisiksi käsitteiksi muodostui palvelu, yksityistäminen ja muutoksessa johtaminen. Nämä keskeiset käsitteet kulkivat opinnäytetyössäni ”punaisena lankana” ja niiden ympärille avasin keskustelua aiemmasta tietoperustasta.

Kuvion 7, kohdan 3 mukaan *määritin tarkemman kehittämistehtävän ja rajasin kehittämisen kohteen* tausta- ja tutkimustiedon avulla. Kehittämistehtäväni ta-

voite oli luoda prosessimalli hoidon saatavuusraportoinnista. Prosessimallinuksen avulla määrittelin kehittämistyössäni koko prosessin kulun ja sen työvaiheet perusteluineen. Kehittämistehtävän määrittäminen ja rajaaminen oli selkeä työvaihe, joka kesti noin kuukauden yhteistyön alettua tammikuussa 2014. Tavoite oli koko ajan selkeä. Tavoitteenani oli luoda raportointimalli, jonka avulla voidaan raportoida kirurgisten erikoissairaanhoidon asiakkaiden hoitojonoa eli palvelun saatavuutta palvelun tilaajalle. Mittarina toimi hoitoketjun pituus vuorokausina.

Kehittämistehtävän määrittämisen jälkeen *kuvasin kehittämistyöhön liittyvät prosessit* (katso kuvio 7, kohta 4) ja suunnittelin käytettävän tutkimusmenetelmän. Käytin kehittämistyössäni laadullisia (kvalitatiivisia) tutkimustyön menetelmiä. Opinnäytetyöni lähestymistavassa oli piirteitä sekä tapaustutkimuksesta (case study) että toimintatutkimuksesta (action research). Tapauksen kehittämistyössäni muodosti hoidon saatavuusraportin prosessi. Kehittämistehtäväni tavoitteena oli käytännön muutoksen aikaansaaminen, kuten toimintatutkimuksessa tyypillisesti on. Kehittämistyössäni keskeistä oli toteuttaa muutos, kehittää hoidon saatavuusraportti ja soveltaa se käytäntöön.

Tulosten eli raportin käyttöönotto (kohta 5, kuviossa 7) oli keskeinen osa tutkimuksellista kehittämistyötäni. Käytin hoidon saatavuusraporttia päivittäisenä työvälineenä, kun käsittelin läheteitä ja toteutin asiakkaiden hoitoketjuja. Hoidon saatavuutta seurattiin koko sopimusvuoden 2014 ajan joka kuukausi Terveystalon ja Attendon ohjausryhmässä. Näissä tapaamisissa esittelin palvelun tilaajalle hoidon saatavuuden tulokset kirjallisesti ja suullisesti. Ohjausryhmän tapaamiset veivät kehittämistyötäni eteenpäin jäsentämällä ajatuksia saadun palautteen kautta.

Kuvion 7, kohdan 6 mukaista *arviointia* tapahtui koko vuoden 2014 kestäneen kehittämisprosessin ajan. Reflektoin tekemääni raporttia koko prosessin ajan kirjoittamalla muistiinpanoja prosessin eri vaiheissa. Ohjausryhmien kuukausittaiset tapaamiset toimivat myös väliarviopaikkoina, joissa oli mahdollista suunnata kehittämistä oikeaan suuntaan sekä antaa palautetta muille kehittämistyöhön osallistuneille. Tammikuussa 2015 aloitin arvioimaan vuonna 2014 kehittä-

mäni hoidon saatavuusraportin kehittämisprosessia, sekä sen tuotoksia. Opin-
näytetyöni pohdinta-osiossa arvioin työhön liittyviä eettisiä kysymyksiä.

3.2 Prosessianalyysi

Prosessianalyysin avulla voidaan tutkia ja kehittää erilaisia prosesseja. Sen avulla voidaan myös selvittää mikä on eri osapuolten rooli prosessissa, mitkä ovat prosessin kriittisiä vaiheita tai miksi mahdollisia ongelmia ilmenee. Palveluprosessien analysointiin on kehitetty palvelun blueprinting menettelytapa. Palvelun blueprint on prosessikaavio, jossa kuvataan palveluprosessin etenemistä ja siihen osallistuvien, esimerkiksi asiakkaiden rooleja. Palvelun bluebrintin tavoitteena on kuvata palveluprosessi mahdollisimman tarkasti millainen palvelukokonaisuus on. Näin henkilöstö, asiakkaat ja johtajat ymmärtävät palvelukokonaisuuden samalla tavalla ja palvelun kehittäminen on helpompaa. Blueprintistä käy ilmi palvelun tuotannon kokonaisprosessi, asiakaskontaktit, työntekijöiden ja asiakkaiden roolit sekä palvelun näkyvissä ja näkymättömissä olevat tekijät. (Ojasalo ym. 2014, 178–179.) Kehittämistehtävän prosessikaavio on esitetty luvussa 4.1.

Palvelun bluebrintissä asiakkaan toiminnot kuvataan prosessina. Kaikki hänen valintansa, mutta myös asiakkaan ja palveluntarjoajan välisen vuorovaikutuksen. Palveluntarjoajan kontaktitoimet jakautuvat asiakkaalle näkyviin ja näkymättömiin toimiin. Asiakkaalle näkymättömillä toimilla valmistellaan asiakkaalle näkyviä toimia. Tukiprosessit ovat yrityksen sisäisiä toimia, jotka tukevat asiakkaan palvelutuotantoa. Palvelun blueprintissä vuorovaikutuksen rajapinta kuvaa tilanteita, joissa asiakas on vuorovaikutuksessa palvelun tuottajan kanssa. Tämän perusteella nähdään, kuinka suuri osa vuorovaikutuksesta tapahtuu yhteistyössä asiakkaan kanssa. Näkyvyyden rajapinta jakaa palveluntuottajan kontaktihenkilöiden toimet näkyviin ja näkymättömiin toimiin. Sisäisen vuorovaikutuksen rajapinta erottaa puolestaan asiakaskontaktissa olevan henkilöstön toimet muun henkilöstön toimista. Kun prosessi ylittää sisäisen vuorovaikutuksen rajapinnan, on kysymyksessä sisäinen palvelutilanne. (Ojasalo ym. 2014, 178–179.)

Asiakkaan palveluprosessi eteni kehittämistehtävässäni seuraavasti:

Valitsin kehitettävän palveluprosessin

Palvelun blueprintejä voidaan tehdä eri tasoilla. Valitsin kohteeksi raportointiprojektin, josta haluttiin saada yksityiskohtaista ja mahdollisimman tarkkaa tietoa. Määritin kehitettävästä palveluprosessista prosessin alku- ja loppukohdan. Hoidon saatavuusraporttini alkukohta oli lähetteen saapuminen Terveystaloon ja loppukohta kirurgisen asiakkaan kotiutuminen leikkaushoidosta tai konservatiivinen hoitopäätös.

Valitsin palvelun asiakaskohderyhmän

Erilaisten asiakasryhmien tarpeet ovat erilaisia, joten myös eri ryhmiä koskevat palveluprosessit voivat erota suurestikin toisistaan. Jokaista erilaista asiakasryhmää varten on tämän vuoksi hyvä tehdä oma palvelun blueprint. Kehittämistehtäväni asiakaskohderyhmä oli Tohmajärven ja Rääkkylän kunnan kirurgiset asiakkaat, jotka Attendon terveyskeskuslääkärit ohjasivat hoitoon Terveystaloon. Kohde oli selkeästi määritelty. Seurasin kaikkien Terveystaloon lähetettyjen kirurgisten asiakkaiden hoidon saatavuutta vuoden 2014 ajan.

Selvitin prosessin asiakkaan näkökulmasta

Tässä vaiheessa selvitin kaikki asiakkaan valinnat ja toiminnot, joita asiakas tekee harkitessaan ja arvioidessaan palvelua. Tärkeintä tässä vaiheessa oli selvittää asiakkaan odotukset ja siihen liittyvät tunteet. Nämä tarpeet oli tärkeää tunnistaa, ennen kuin asiakas siirtyy varsinaiseen palveluprosessiin Terveystaloon.

Selvitin asiakaskontaktissa olevien työntekijöiden toimet, asiakkaalle näkyvät ja näkymättömät toimet sekä mahdolliset tekniikan välityksellä tehtävät toimet

Piirsin palveluprosessiin tässä vaiheessa vuorovaikutuksen ja näkyvyyden rajapinnat. Tutkin prosessia asiakkaan kanssa vuorovaikutuksessa olevien työntekijöiden näkökulmasta ja erotin asiakkaalle näkyvät ja näkymättömät toimet.

Yhdistin asiakaskontaktien toimet tarvittaviin tukitoimiin

Piirsin palveluprosessiin sisäisen vuorovaikutuksen rajapinnan ja selvitin asiakaskontaktiin suoraan liittyvien toimien ja niitä tukevien toimien yhteydet. Tässä vaiheessa näkyi eri toimien suora ja epäsuora vaikutus asiakkaaseen. Erilaisten sisäisten toimien tärkeys tuli esille, kun prosessista havainnollistui erilaisten toimien yhteys asiakkaaseen. Prosessin tässä vaiheessa huomasin myös joitakin tarpeettomia toimia, joilla ei ole yhteyttä asiakkaan kokemukseen tai sitä tukeviin sisäisiin palveluihin. Tarpeettomia toimia olivat esimerkiksi varmistamiseen liittyvät toimet, oliko esimerkiksi esitutkimukset kuten röntgenkuvat siirretty Terveystalon järjestelmään.

Lisäsin fyysiset osat jokaiseen asiakkaan toimintoon

Viimeisenä lisäsin palveluprosessiin ne fyysiset osat, jotka asiakas näkee palveluprosessin eri vaiheissa. Tällaisia fyysisiä osia olivat suora yhteistyö asiakkaiden kanssa, kuten ajanvaraamiseen ja lääkärikäynteihin liittyvät toimet.

Palveluprosessin tarkoituksena oli korostaa asiakkaan roolia, mikä teki siitä erinomaisen työkalun Terveystalon palvelun kehittämiseen. Palveluprosessin prosessikaavio havainnollisti myös muille työntekijöille, kuinka heidän työtehtävänsä liittyivät osaksi suurempaa kokonaisuutta ja asiakkaan prosessia. Se auttoi näkemään palvelun heikkoja kohtia, mutta myös vahvuuksia. Näin oli mahdollista tunnistaa palveluprosessin heikkouksia, jotka tarvitsivat kehittämistä ja tarkkailua. Vuorovaikutuksen rajapinta havainnollisti mitkä tekijät vaikuttavat asiakkaan kokeman palvelun laatuun. Näkyvyyden rajapinta rajasi mitä asiakas näkee palvelusta ja ketkä työntekijät olivat näkyvässä yhteydessä asiakkaan kanssa.

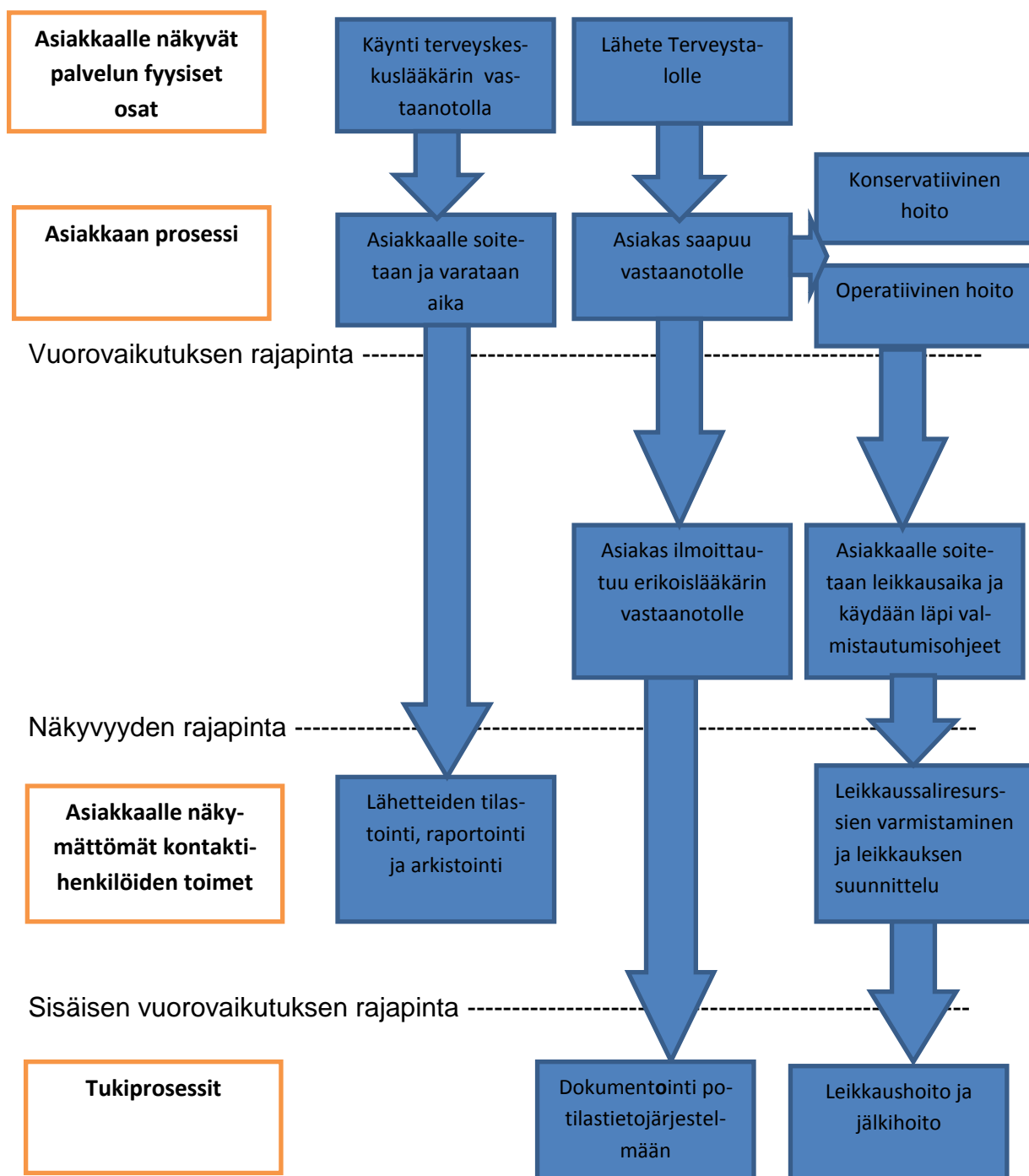
4 Tulokset

Käsittelen kehittämistehtäväni tuloksia opinnäytetyön teoreettinen näkökulman ja terveydenhuollon palveluiden yksityistämisen kautta. Kuvaan tuloksissa, miten keskeiset käsitteet palvelu, muutoksen johtaminen ja yksityistäminen tarkoittavat Terveystalossa. Palveluprosessissa kuvaan Terveystalon ja Attendon tilaaja-tuottaja-toimintatapaa sekä terveyspalveluiden mahdollisuuksia ja haasteita. Muutoksessa johtamisessa kuvaan muutosprosessin, johon olen liittännyt Lean-ajattelun ja johtamisen Terveystalossa. Yksityistämistä kuvaan Terveystalon kuntayhteistyön, rahoitusperiaatteiden ja yksityisten palveluntuottajien tulevaisuuden näkymien kautta.

Kehittämässäni hoidon saatavuusraportissa tilastoin kirurgisten asiakkaiden hoitopolut eli palvelun saatavuuden Terveystalo Joensuussa. Keräsin aineistoa hoidon saatavuusraporttiin vuoden 2014 ajan. Analysoin kehittämäni raportin tuotantoprosessin sekä asiakkaiden palveluprosessin. Liitteessä 1 on esimerkki raportista.

4.1 Palveluprosessi Terveystalossa

Tässä luvussa kuvaan yksittäisen kirurgisen asiakkaan palveluprosessin prosessianalyysiä käyttäen Ojasalo ym. (2014, 178–182) mukaillen.



Kuvio 8. Asiakkaan prosessianalyysi Ojasalo ym. (2014, 179) mukaillen.

Asiakkaalle näkyvät palvelun fyysiset osat

Asiakas tarvitsi kirurgisen hoitoketjun alkamiseksi lähetteen terveystakeskuslääkäriltä. Asiakas varasi itse ajan terveystakeskukseen, jossa määriteltiin kirurgisen erikoissairaanhoidon tarve. Terveystakeskuksesta osastosihteerit lähettivät terveystakeskuslääkärin lähetteen Terveystalo Joensuuhun, jossa käsittelin lähetteet.

Asiakkaan prosessi

Lähetteen saavuttua otin asiakkaisiin yhteyttä puhelimitse mahdollisimman nopeasti, usein jo samana päivänä. Työtäni helpottivat selkeästi ja huolellisesti tehdyt lähetteet. Selkeät vastaanottokäyntien ajat (esimerkiksi ortopedia) annoin asiakkaille läheteiden perusteella. Tarvittaessa konsultoin erikoislääkärää ennen ajan varaamista. Toimenpiteisiin (kuten gastrokirurgiset ja urologiset lähetteet) lähetettyjen asiakkaiden lähetteet laitoin ensin paperikonsultaationa kyseisen erikoissalan kirurgille, jonka jälkeen asiakkaalle varattiin aika kirurgin ohjeiden mukaan. Polikliniseen toimenpiteeseen tulevan asiakkaan ei näin ollen tarvinnut välttämättä käydä vastaanottokäynnillä erikseen, vaan kirurgi arvioi lähetteen kiireellisyyden ja antoi tarvittavat valmistautumisohjeet toimenpiteeseen. Läheteissä olevien huolellisten esitetietojen vuoksi hoitoketjua pystyttiin tehostamaan asiakkaan hyväksi.

Asiakkaalle näkymättömät kontaktihenkilöiden toimet

Kirurginen erikoissairaanhoidosopimus kesti Terveystalon ja Attendon välillä yhden vuoden, kalenterivuoden 2014. Tilastoin kaikki vuoden 2014 lähetteet hoidon saatavuusraporttipohjaan. Liitteessä 1 kuvaan esimerkin avulla hoidon saatavuusraportin käyttöä. Esimerkkiraportissa on neljä esimerkkiä tammikuun 2014 hoitoketjuista, jotka on otettu oikeasta raportista sattumanvaraisesti. Esimerkkiraportista on myös poistettu kaikki asiakkaisiin tunnistamiseen liittyvät tiedot.

Raportointipohjaksi valitsin Excel-tilukon. Molempien kuntien lähetteet kirjasin omille sivuilleen. Kirjasin kaikki lähetteet läheteiden tulojärjestyksessä tilukoon, numeroin lähetteet ja arkistoin kopiot läheteistä omaan kansioon. Alkuperäinen lähete oli erikoislääkärin käytettävissä, kun asiakas saapui vastaanotolle. Kansiossa lajittelin molempien kuntien lähetekopiot omille välilehdilleen joko

”avoimiksi hoitoketjuiksi” tai ”valmiiksi hoitoketjuiksi”. Hoitoketjun päätyttyä siirsin lähetekopiot valmiiden hoitoketjujen välilehdelle ja päätin hoitoketjun raportointipohjaan. Hoitoketjun päätyttyä kirjasin raportointitaulukkoon erikoislääkärin tekemän diagnoosinumeron ja mahdollisen toimenpidekoodin sekä laskin Excel-kaavan avulla hoitoketjun pituuden. Hoitoketju alkoi lähetteen saapumispäivästä Terveystaloon ja päättyi kirurgiseen toimenpiteeseen tai konservatiivisen hoidon toteamiseen erikoislääkärin vastaanotolla.

Ryhmittelin raportointipohjaan lähetteet kuukausittain. Seurasin jokaisen lähetteen etenemistä Terveystalossa kirjaamalla kaikki huomiot ja poikkeamat ylös raportin ”lisätietoja”-kohtaan. Erikoislääkärin määräämät tutkimukset ja mahdolliset muun erikoisalan konsultaatiopyynnot kirjasin omaan sarakkeeseensa. Näin pystyin raportoimaan ohjausryhmälle mahdolliset viiveet, jotka aiheutuvat Terveystalon palveluista. Hoidon saatavuutta tarkasteltiin kuukausittain Terveystalon ja Attendon yhteisissä ohjausryhmän videotapaamisissa. Hoitoketjujen pituutta oli taulukoinnin myötä mahdollista laskea päiväkohtaisesti, kuukausittain sekä kumulatiivisesti.

Yhteistyön alussa, ensimmäisten ohjausryhmän kokoontumisten jälkeen raportointitaulukko alkoi löytää muotonsa. Raportointipohjasta oli helppo seurata asiakkaan hoitoketjua nimen ja numeroidun lähetteen avulla. Muita asiakkaan henkilötietoja raportoinnissa ei käytetty. Vuoden raportoinnin jälkeen seurantatietoa hoitojonojen pituudesta kertyi jo sen verran, että hoidon saatavuuden todettiin vakiintuneen samalle tasolle kuukaudesta toiseen. Kuukauden hoitoketjut vastasivat tasaisesti kumulatiivisten hoitoketjujen keskiarvoa. Hoidon saatavuuden todettiin olevan tasalaatuista. Raportoinnin alkuvaiheessa tein huomion, että asiakkaat eivät aina halunneet nopeinta mahdollista aikaa kirurgin vastaanotolle tai toimenpiteeseen. Ohjausryhmässä päätimme, että aloitan seuraamaan myös asiakkaasta johtuvaa viivettä eli asiakkaan toivomaa hoitoketjua. Lisäsin raporttiini Terveystalon tarjoaman hoitoketjun lisäksi asiakkaan toivoman (toteutuneen) hoitoketjun. Tarjottu hoitoketju oli se hoitoketju, jonka Terveystalo pystyy tarjoamaan, ja toteutunut hoitoketju oli asiakkaan valitsema hoitoketju. Kaikki asiakkaat saivat itse valita sopivan ajankohdan kirurgiselle käynnilleen, ja suurin osa asiakkaista valitsi nopeimman mahdollisen hoitoketjun. Kehittämäni

raportointipohjan myötä pääsimme seuraamaan myös asiakkaan toiveesta johonnutta hoitoketjua ja niihin liittyviä syitä. Hoitoketjujen lähtökohta oli alusta asti asiakkaan valinnanvapaus, mikä mielestäni lisäsi asiakastyytyväisyyttä. Pystyin huomioimaan hoitoketjujen toteutumisessa asiakkaiden lomamatkat tai kuntoutusjaksot kirjaamalla ne raportointipohjaan.

Ohjausryhmien kokoontumisten myötä tein muutoksia hoidon saatavuuden raportointipohjaan lähinnä ensimmäisten kuukausien aikana. Tämän jälkeen muutokset ja korjausehdotukset olivat lähinnä raportin ulkonäköön ja taulukon esittämiseen liittyviä korjauksia. Puolen vuoden kohdalla seurantatietoa alkoi olla molempien kuntien osalta jo sen verran, että pystyin erittelemään raportointipohjasta erilaisia havaintoja. Raportista oli helppo ottaa erilleen eri erikoisalojen tietoja, esimerkiksi käyntimääriä, toteutuneita hoitovuorokausia tai tyypillisimpiä toimenpiteitä. Tässä vaiheessa, noin puolen vuoden kohdalla, raportointipohjasta alkoi olla omaan työhöni huomattavaa käytännön hyötyä ja pystyin helposti laskemaan Excelin kaavoilla erilaisia hoitoketjuja ja selvittämään hoitoketjuihin liittyviä poikkeamia tai viiveitä.

Tukiprosessit

Kaikkien kirurgisten kunta-asiakkaiden käyntitiedot tallennettiin Terveystalon potilastietojärjestelmään. Terveystalolla ja Attendolla on erilliset potilastietojärjestelmät, joten jouduin huolehtimaan hoitopalautteiden lähettämistä lähettävälle terveyskeskuslääkäreille. Ohjeistin kirurgian erikoislääkärit tulostamaan vastaanottokäyntien ja leikkauskertomusten käyntitekstit, jotka toimitin sitten lähettävälle lääkärille postitse. Prosessin tässä vaiheessa viiveitä hoitopalautteen lähettämislle kuntaan saattoi tulla, jos käyntitekstiä ei oltu tulostettu. Pyrin tehostamaan käytäntöä ohjeistamalla asiakaspalvelun henkilökuntaa varmistamaan, että tekstit toimitetaan minulle. Haasteena varsinkin sopimuksen alussa oli Terveystalon kolme eri toimipistettä Joensuussa. Samasta syystä haasteita oli laskutuksen seuraamisessa, sillä jouduin korjaamaan jälkikäteen asiakkaiden hoitoketjuja oikeille laskutusositteille. Ratkaisuksi tähän perustin kaikille kunta-asiakkaille Terveystalon ajanvarausjärjestelmään hoitoketjun, jonka avulla oli helppo seurata asiakkaan hoitoketjua kaikkine sen vaiheineen. Liitin asiakkaan jo ensimmäisestä käynnistä alkaen kyseessä olevan kunnan hoitoketjuun. Näin

myös uusien aikojen varaaminen oli helppo liittää oikeaan maksajatietoon. Myös ajanvaraus helpottui, ja virheitä väärään hoitoketjuun liittämistä ei tullut niin helposti. Dokumentointivaiheen prosessit olivat kaikki asiakkaalle näkymättömiä toimia.

Asiakkaalle näkyvät toimet liittyivät fyysisiin käynteihin Terveystalo Joensuussa. Varasin kaikki asiakkaiden ajat puhelimitse, ja asiakas sai itse valita palvelun ajankohdan. Jos erikoislääkäri teki vastaanottokäynnillä arvion leikkaushoidosta, sain tiedon siitä Terveystalon potilastietojärjestelmään sisäisenä lähetteenä. Joissakin tapauksissa erikoislääkäri ohjasi asiakkaan suoraan leikkausyksikön sairaanhoitajien luokse, jossa asiakkaalle voitiin varata leikkausaika ja käydä läpi leikkaukseen liittyvät esivalmistelut. Jos leikkausasiakas ei vastaanottokäynnin yhteydessä tavannut leikkausyksikön sairaanhoitajaa, asiakkaalle soitettiin ja tiedusteltiin asiakkaan toivomaa ajankohtaa toimenpiteelle. Tässä vaiheessa leikkausyksikön sairaanhoitaja oli jo tutustunut asiakkaan esitietoihin, lähettävän lääkärin läheteeseen sekä erikoislääkärin hoidon suunnitelmaan. Leikkauksen jälkeen asiakkaat saivat jälkihoito-ohjeet kirjallisesti ja suullisesti sekä lääkäriltä että hoitajalta. Tässä vaiheessa leikkausyksikön henkilökunta varmisti, että asiakas tietää Terveystalon leikkausyksikön suorat puhelinnumerot, jos hänelle tulee kysyttävää leikkaukseen liittyvistä asioista.

Tukitoimissa korostui hyvä valmistautuminen asiakkaalle näkymättömien toimien osalta. Hoitoketjut onnistuivat sujuvasti, kun nämä näkymättömät tukiprosessit oli tehty perusteellisesti. Tämän vuoksi asiakkaan prosessissa ei huomattu juurikaan tarpeettomia toimia, kuten pitkiä odotusaikoja prosessin eri vaiheiden välillä. Tarpeettomia toimia olivat sen sijaan esimerkiksi röntgenkuvien siirtoon liittyvät viiveet ja kuvien siirron varmistaminen. Nämä toimet eivät kuitenkaan näkyneet asiakkaalle. Koin tärkeäksi olla asiakkaisiin yhteydessä puhelimitse jo ensimmäisestä vastaanottokäynnistä alkaen. Se lisäsi asiakkaan valinnanvaputta valita palvelu itselleen sopivana ajankohtana. Tämä puolestaan lisäsi asiakkaiden tyytyväisyyttä ja luottamusta palvelua kohtaan. Tämä tuli ilmi suorissa keskusteluissa asiakkaiden kanssa, mutta myös nimettömissä asiakaspalautteissa.

4.1.1 Tilaaja–tuottaja-toimintatapa

Terveystalon ja Attendon välinen tilaaja–tuottaja-toimintatapa on esimerkki erikoissairaanhoidopalvelun tuottamisesta yksityisen palveluntuottajan avulla. Tilaaja–tuottaja-toimintatapa tarkoittaa tässä tapauksessa palveluiden ulkoistamista. Toimintatapa on tämän lisäksi myös väline kehittää Terveystalon ja Attendon toimintatapoja ja prosesseja. Kysymys on sopimusperustaisesta johtamisesta, jossa palvelun tuottajan Terveystalon itsenäisyys korostuu.

Palveluiden tuottaminen edellytti Terveystalolta kirurgisen palvelun tarkkaa tuotteistamista. Sopimusvaiheessa Terveystalo kuvasi kirurgisen palvelun hoitoprosessia erilaisin hoitopolkukaavioin. Tuotteistetut hoitopolut olivat suuntaa antavia ja niitä pystyttiin muokkaamaan ja tarkentamaan asiakkaiden tarpeiden mukaan. Tuotteistamisella tavoiteltiin koko palveluketjun hallintaa, ei vain yksittäisten toimenpiteiden tarjoamista. Kehittämistehtävänä taustalla oli näiden tuotteistettujen hoitoketjujen seuraaminen, organisointi ja raportointi tilaajalle. Kehittämäni hoidonsaatavuusraportin avulla pystyin kuvaamaan todelliset hoitoketjut, joita tuotteistamisen kautta oli ennakkoon tavoiteltu.

Ratkaisevaa Terveystalon ja Attendon välisessä tilaaja–tuottaja-toimintatavan onnistumisessa oli huolellisesti valmisteltu sopimus ja avoin vuorovaikutus yhteistyötahojen kesken. Palvelulle ja sen tuotteille oli asetettu selkeät suuntaviivat ja käytännön muutoksiin ja palvelun parannusehdotuksiin pystyttiin reagoimaan nopeasti ja asiakaslähtöisesti. Palvelun tuotteistamisen myötä palvelun laatua, kustannuksia ja tuloksia pystyttiin hallitsemaan ja arvioimaan. Tuotteistamisella saatiin näkyvyyttä sekä kustannuksiin että toimintakäytäntöihin. Tilaaja–tuottaja-toimintatapaan kuuluu, että tuottaja raportoi tilaajalle palvelun toteutumisesta. Tämän käytännön tarpeen pohjalta kehitin hoidonsaatavuusraportin, jonka avulla raportoin kuukausittain palvelun toteutumista tilaajalle Attendolle.

4.1.2 Palvelun haasteet

Palvelun haasteet liittyvät usein viestintään. Terveystalon ja Attendon ohjausryhmä kokoontui kuukausittain seuraamaan hoidon saatavuuden onnistumista. Siinä käytiin läpi onnistumisia ja tehtiin korjausehdotuksia mahdollisiin puutteisiin. Tiedon siirto ohjausryhmältä käytännön työtä tekeville työntekijöille, kuten läheteiden käsittelijöille, koettiin ajoittain puutteelliseksi.

Sopimuskauden alkuun liittyi lisäksi haasteita kahden eri tietojärjestelmän väliseen tiedonsiirtoon. Tohmajärven ja Rääkkylän perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmä on eri kuin Terveystalossa, eikä etäyhteyksiä ollut käytössä. Terveystalo toimii Joensuussa kolmessa eri toimipisteessä, ja tästä seurasi jonkin verran viivettä hoitopalautteiden lähettämiseen. Tohmajärven ja Rääkkylän osastosihteerit pitivät myös osaltaan kirjaa lähettämistään läheteistä, ja puuttuvat hoitopalautteet saatiin näin aina toimitettua perille.

Kirurginen erikoissairaanhoidon palvelumalli oli uutta myös Tohmajärven ja Rääkkylän kuntalaisille. Kuntalaiset olivat hyvin perillä, että heidän kirurgisen palvelunsa tuottaa vuonna 2014 Terveystalo. Eniten kysymyksiä kuntalaisissa herätti palvelun hinta. Uuden toimintamallin vuoksi pidin tärkeänä olla asiakkaisiin yhteydessä puhelimitse. Keskusteluissa asiakkaiden kanssa pystyin vastaamaan asiakkaan kysymyksiin, kuten kertomaan erikoissairaanhoidosta aiheutuvan asiakasmaksun suuruuden. Aikoja varatessa otin huomioon asiakkaan toiveet hoidon ajankohdasta. Tämän vuoksi peruuttamattomatta jätettyjä aikoja oli huomattavan vähän. Mielestäni pelkästään kirjeitse lähetetyt ajat olisivat jättäneet asiakkaille liian paljon tulkinnan varaa ja avoimia kysymyksiä, samoin kuin olisin itse jäänyt paitsi arvokkaasta tiedosta asiakkaan hoitopolun organisoijana.

4.1.3 Palvelun mahdollisuudet

Opinnäytetyössäni korostuivat tehdyn työn dokumentointi ja kehittämistehtävän kautta tuotettava ammatillinen tieto. Kehitin ja uudistin työelämän osaamis- ja tietoperustaa dokumentoimalla uuden yhteistyömallin tietoa näkyväksi tiedoksi. Opinnäytetyössäni korostui toiminnallisuus, parannusten hakeminen ja ideoiden toteuttamisen varmistaminen tutkimuksen keinoin. Kehittämistyötäni eivät ohjanneet teoreettiset, vaan käytännöstä nousevat tavoitteet, joita tuen teorian avulla. Kehittämäni hoidonsaatavuusraportti osoittautui hyödylliseksi työvälineeksi, jota käytin päivittäin asioidessani kuntalaisten kanssa.

Terveystalo solmi erikoissairaanhoidon sopimuksen Rantasalmen kunnan kanssa keväällä 2015. Kehittämäni hoidonsaatavuusraportti siirretään myös tähän kuntayhteistyöhön, jossa se tulee toimimaan palveluohjaajien työvälineenä. Ojasaloa ym. (2014, 20) mukaillen kehittämisen osaaminen ja onnistuminen näkyy opinnäytetyössäni aloitteellisuutena, oman työn arviointina, innovatiivisuutena, vuorovaikutuksena, verkostoitumisena, tiedon tuottamisena ja monipuolisena menetelmäosaamisena.

4.2 Muutos ja sen johtaminen Terveystalossa

Ennen sopimuksen aloittamista Terveystalo Joensuu ja Attendo sopivat keskenään palvelun tuottamisen suuntalinjoista. Hoidon saatavuudesta piirrettiin prosessikaavioita ja pidettiin videopalavereita. Tämän lisäksi molemmat yhteistyökumppanit vierailivat toistensa toimitiloissa tutustuen yhteistyötahon henkilökuntaan. Terveystalo Joensuulla oli palvelun tuottajana raportointivelvoite hoidon saatavuudesta palvelun tilaajalle Attendolle. Tämän tarpeen pohjalta kehitin hoidonsaatavuusraportointipohjan. Aiemmissa Terveystalo Joensuun kuntasopimuksissa vastaavanlaista palvelun raportointia tai yhteistyötä ei ole tehty. Kehittämistyössäni korostui huolellinen tutustuminen yhteistyökumppanin toimintatapoihin. Yhteistyön myötä loin tietoperustan, joka koostui aluksi työelämän ja yhteistyöorganisaatioiden tiedosta, ja myöhemmin liitin siihen teorian tietoa.

Toteutin kehittämistyöni yhdessä työyhteisöni Terveystalo Joensuun ja palvelun tilaajan Attendon kanssa. Käytännön ratkaisut hoidonsaatavuusraportin kehittämisessä vaativat osallistujilta tiivistä yhteistyötä ja keskinäistä ymmärrystä. Analysoin opinnäytetyössäni hoidonsaatavuusraportin prosessin ja asiakkaan hoitopolun prosessin. Näillä kahden lähestymistavalla hain kehittämistyön tueksi tietoa organisaation ja asiakkaan näkökulmasta. Kahden laadullisen menetelmän käytöllä sain varmuutta ja luotettavuutta kehittämistyön tueksi.

Raportoin kehittämistyössäni hoidonsaatavuusraportin kehittämistä kuukausittain Terveystalo Joensuun ja Attendo Oy:n yhteiselle ohjausryhmälle. Tavanomaisessa tutkimusprosessissa tulokset julkaistaan vasta prosessin lopussa, mutta kehittämistehtävän tavoin jaoin tuloksia prosessin edetessä. Kirjoitin muistiinpanoja koko prosessin ajan. Laitoin itselleni muistiin palautteet ohjausryhmältä ja kaikki kehittämisprosessiin liittyvät huomiot: mahdolliset ongelmatkohdat, mutta myös onnistumiset. Näiden muistiinpanojen avulla aloin kirjoittamaan hoidonsaatavuusraportin prosessia alkuvuodesta 2015.

4.2.1 Muutosprosessi

Vertaan kehittämäni hoidonsaatavuusraportin muutosprosessia John P. Kotterin (2012) kahdeksanvaiheiseen prosessiin.

Yhteistyön saavuttamiseksi kiireellisyyden ja välttämättömyyden tähdentäminen on kehittämistyössäni tärkeää. Hoidon saatavuusraportin kehittäminen, uuden toimintatavan omaksuminen ja yhteistyö koettiin alusta alkaen tärkeäksi. Muutoksen toteuttajana ja hoidonsaatavuusraportin kehittäjänä koin muutoksen välttämättömäksi.

Ohjaavan tiimin perustamisessa tärkein tehtävä on löytää tiimiin oikeat jäsenet. Terveystalon ja Attendon ohjausryhmässä oli riittävästi avainhenkilöitä, joilla oli asemaan perustuvaa valtaa, asiantuntemusta, uskottavuutta ja johtajuutta. Kaikki ohjausryhmän jäsenet ovat toimineet pitkään terveysalalla ja tuntevat sekä yksityisen että julkisen sektorin palveluntuotannon. Tärkein ominaispiirre oh-

jausryhmässä oli johtajuus, niin asioiden kuin ihmistenkin johtaminen. Lähetin hoidonsaatavuusraportin ohjausryhmälle tutustuttavaksi aina tapaamisia edeltävänä päivänä, joten itse tapaamisessa oli helpompi keskustella hoidon saatavuuden onnistumisesta. Keskustelu ja yhteinen toiminta vahvistivat selvästi luottamuksen syntymistä hoidon saatavuutta kohtaan.

Huolellinen vision ja strategian laatiminen auttaa selkiyttämään muutoksen suunnan. Visio hoidonsaatavuusraportista on tulevaisuudenkuva siitä, mitä kohti suuntasin toimintaa. Selkeä visio kannusti ja koordinoi tekemään oikeansuuntaisia toimenpiteitä muutoksessa. Se näytti suunnan ja auttoi poikkeamien selvittämisessä. Näin olisin voinut helposti keskeyttää yhteen sopimattomat osat muutosprosessissa.

Vision tehokas viestintä onnistuu, kun viestintä on selkeää ja yksinkertaista. Viestinnässä tärkeintä olivat ohjausryhmän tapaamiset. Jokaisesta ohjausryhmän tapaamisesta tehtiin muistio. Viestintä eri ohjausryhmän henkilöiden välillä oli luontevaa, koska tutustuimme toisiimme etukäteen. Ohjausryhmien välisenä aikana olin tarvittaessa yhteydessä ohjausryhmän henkilöihin sähköpostitse tai puhelimitse. Sain tukea raportin kehittämiseen aina tarvittaessa. Näiden lisäksi pystyin tarkentamaan Terveystalon käytäntöjä Terveystalon esimiesten viikoittaisessa palaverissa, jossa on mukana Terveystalo Joensuun yksikönjohtaja.

Vastuun ja valtuuksien antaminen lisää kehittämistehtäväni työmotivaatioita. Terveystalon yksikönjohtaja antoi kehittämistyölleni täyden tuen ja luottamuksen. Sain kehittää hoidonsaatavuusraportista itselleni seuranta- ja työvälineen parhaaksi katsomallani tavalla. Itse varmistin, että tiimini ihmisillä on riittävät taidot, jotta he saavat mahdollisuuden onnistua työssään. Terveystalo Joensuun leikkausyksikön tiimi on pysyt lähes samana vuodesta 2008 lähtien, ja tulleelle, osaavalle tiimille oli helppoa antaa valtuuksia. Perustyon varmistamiseen ja organisointiin ei itseltäni kulunut resursseja.

Kokemus lyhyen aikavälin onnistumisista antaa henkilöstölle näyttöä siitä, että uhraukset ovat tuottaneet tulosta. Pyrin antamaan myönteistä palautetta tavoitteiden saavuttamisesta ja koin sen parantavan työmoraalia ja -motivaatiota.

Lyhyen aikavälin onnistumiset olivat pääsääntöisesti asiakkaiden positiivisia palautteita kirjallisessa ja suullisessa muodossa. Ne antoivat tiimille palautetta palvelun onnistumisesta sekä näyttöä siitä, että muutos etenee oikeaan suuntaan.

Vakiinnutin muutosprosessissa esiinnousseet parannukset ohjausryhmältä saamani palautteen ja omien muistiinpanojeni avulla. Tämän vuoksi muutosprosessissa oli paljon lyhyen aikavälin onnistumisia. Muutosprosessin johtaminen vaatii jatkuvaa resurssien tunnistamista muun muassa oman ajan käytöstä. Kehittämäni raportin parannusehdotukset selkeyttivät raportin käyttöä, ja työaika oli helpompi hallita. Raportilla oli koko prosessin ajan selkeä suunta. Parannusten ja muokkaamismahdollisuuden vuoksi se toimi erinomaisena työvälineenä sekä lyhyen että pitemmän aikavälin seurantavälineenä.

Uusien toimintatapojen juurruttaminen organisaation kulttuuriin sujui helposti. Terveystalon kirurgisen asiakkaan hoitopolku toteutui kulttuuriin jo juurtuneen mallin mukaisesti. Uutta palvelussa oli hoidon raportointimallin kehittäminen ja hoitopolun tekeminen näkyväksi. Kirurginen hoitopolku oli koko prosessin ajan sopusoinnussa vanhan kulttuurin kanssa. Uusi hoidonsaatavuusraportointitapa oli helppo juurruttaa työyhteisöön. Raportointimallista tuli selkeä ja konkreettisesti malli hoidon seurantaan.

John P. Kotterin (2012) muutosprosessin lisäksi analysoin tuloksia Lean-ajattelun avulla, jota käsittelen seuraavassa luvussa. Näin sain paremmin näkyviin asiakkaan näkökulman Terveystalon muutosprosessissa.

4.2.2 LeanTerveystalossa

Kehittämistyötäni auttoi Terveystalon Lean-ajattelumalli, jonka avulla tavoittelin parempaa prosessien kohtaantoa. Kehittämäni hoidonsaatavuusraportin avulla sain luotua itselleni seurantamallin, jossa seurasin hoidon saatavuutta eli kirurgisen asiakkaan hoitopolkuja. Hoidonsaatavuusraportin avulla hoitopolkujen seuraaminen oli hallittua. Asiakkaiden hoitopolkujen seurantaan ei tarvittu resursoida lisää henkilökuntaa tai tehdä investointeja. Hoitojonojen reaaliaikainen seuranta mahdollisti nopean reagoinnin, jos hoitopolun jossain vaiheessa näytti tulevan viivästymää.

Hoitopolkujen mallintamisen avulla pystyin tunnistamaan paremmin asiakkaiden tarpeita kaikissa hoitoprosessin vaiheissa. Hoidonsaatavuusraportin myötä tein huomioita hoidon tasaisesta laadusta. Hoitopolkujen keskiarvopituus oli kuukausittain samaa luokkaa, suuria poikkeamia ei tullut. Reaaliaikaisella hoitopolkujen seurannalla koin parantaneeni Terveystalon tuottaman palvelun laatua. Terveystalo Itä-Suomen sairaalapalveluiden palvelujohtaja Anna-Mari Heikkinen (2015) on kuvannut kehittämäni hoidonsaatavuusraportin pohjalta hoitoketjuja Lean-ajattelua mukaillen (kuvio 9).

Nopea hoito säästää aikaa ja kustannuksia

Hoitoketju Terveystalossa: Leikkaushoitoa vaativa polvi/olkapäivä



Hoitoketju Terveystalossa: Ei-kiireellinen vaiva, esim. leikkaushoitoa vaativa nivustyrä



Hoitoketju Terveystalossa: Tekonivelleikkaus



Arviot hoitoketjujen pituudesta perustuvat Tohmajärvi/Rääkkylä -> Joensuun Terveystalo 2014 toteutuneisiin hoitoketjuihin

Kuvio 9. Nopea hoito säästää aikaa ja kustannuksia (Heikkinen 2015).

4.2.3 Johtaminen Terveystalossa

Johtamisen osaaminen koetaan Terveystalossa tärkeäksi. Johtamisopintoja tuetaan muun muassa palkallisilla koulutuspäivillä. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittamiseen sain ohjausta Terveystalo Joensuun yksikönjohtajalta, Terveystalo Itä-Suomen sairaalapalveluiden palvelujohtajalta ja Terveystalo Joensuun leikkausyksikön vastaavalta lääkäriltä. Kaikki tutkintoni kuuluvat tehtävät liittyivät omaan työhöni Terveystalossa. Johtamisen kehittämisestä hyötyi itseni lisäksi myös työnantaja.

Johtamiseen Terveystalossa liittyvät selkeät työnkuvaukset. Henkilökunnan lähiesimieheksi on nimetty viisi palveluesimiestä: kuvantamiseen, laboratorioon, asiakaspalveluun, työterveyshuoltoon ja sairaalapalveluihin kuhunkin omansa. Itse olen toiminut sairaalapalveluiden palveluesimiehenä vuodesta 2008 lähtien. Kokoonnumme viikoittain yhteiseen esimiespalaveriin esimiehemme toimipaikanpäällikön johdolla. Näissä palaverissa yhdistämme eri erikoisalojen näkemyksiä yhteisen päämäärän, asiakkaan palveluprosessin kehittämiseksi. Viikoittaisissa palaverissa on usein mukana myös Terveystalo Joensuun yksikönjohtaja, jonka kautta pysymme ajan tasalla paikallisen, mutta myös valtakunnallisen kehityksen ja muutosten johtamisessa.

Terveystalo järjestää myös sisäistä johtamiskoulutusta, kuten esimerkiksi palveluesimiehille suunnattuja Esimiesakatemiaa. Terveystalo Joensuussa kaikki esimiehet ovat käyneet vuoden kestävästä Esimiesakatemiasta. Myös esimieheksi haluaville järjestetään "Tulevaisuuden esimies"-koulutuksia. Erillisten esimieskoulutusten lisäksi Terveystalossa alkoi vuoden 2014 alussa JAKE eli jatkuvan kehittämisen ohjelma. Ohjelman tavoitteena on luoda Terveystaloon yhteisiä parhaita käytäntöjä sekä edistää jatkuvan kehittämisen kulttuuria. JAKE-työpajoja on järjestetty kaikilla Terveystalon tarjoamilla erikoisaloilla, laboratoriosta kuvantamiseen. Myös yksittäisten asiakasryhmien, kuten vakuutusyhtiöasiakkaiden, hoitoketjuja on kehitetty JAKE-ohjelmien avulla. Terveyspalvelualalla muutos on jatkuvaa, ja JAKE-ohjelmien kautta Terveystalon esimiehet ovat saaneet työkaluja johtamisen tueksi. Lisäksi yhteiset tekemisen mallit ovat hyödyksi tehokkaalle yhteistyölle ja hyvälle asiakaskokemukselle. Terveystalon

muita johtamismalleja ovat muun muassa asiakkuuden johtaminen, tiedolla johtaminen, lääketieteellinen johtaminen, tarjonnan johtaminen ja suorituksen johtaminen.

4.3 Yksityistäminen Terveystalossa

Terveystalo on verkostoltaan Suomen suurin yksityinen terveystaloyritys ja Suomen 15. suurin työllistäjä. Se tarjoaa terveys-, työterveys-, sairaanhoito- ja tutkimuspalveluita lähes 150 eri toimipaikassa. 18 sairaalayksikköä palvelee 16 eri paikkakunnalla. Terveystalon asiakkaita ovat yksityishenkilöt, yritykset ja yhteisöt, vakuutusyhtiöt sekä julkinen sektori. Terveystalossa asiakas saa valita itselleen sopivan hoitoajan. Sama erikoislääkäri tekee sekä hoitosuunnitelman että hoitaa potilaan. Hoidon saatavuuden kannalta tämä näkyy selkeästi tehokaina hoitopolkuina.

Opinnäytetyöni pohjautuu Terveystalon kahteen strategiseen valintaan. Tuotin *mitattavaa vaikuttavuutta* ja olin hoidon saatavuusraportin myötä *vastuullinen yhteiskunnallinen uudistaja*. Kehittämistehtäväni myötä olin rakentamassa potilaslähtöistä yhteistyömallia Terveystalon strategian mukaisesti.

Kehittämäni hoidon saatavuusraportoinnin myötä hoidon laadun ja vaikuttavuuden tavoittelu on Terveystalolle kilpailuetu. Mittasin hoidonsaatavuusraportin avulla palvelun laatua, läpinäkyvyyttä ja vaikuttavuutta sekä julkaisin niihin liittyviä tuloksia sekä palvelun tilaajalle että tuottajalle. Kehittämäni raportointimallin pohjalta uudistin hoidon saatavuuden seurantaa, ja kehittämäni raportti on hyödynnettävissä Terveystalossa valtakunnallisesti. Kehittämäni raportin antaman tiedon pohjalta hoidon saatavuuteen liittyviä tuloksia on julkaistu erilaisissa Terveystalon järjestämissä seminaareissa ja mediatiedotteissa. Kehittämäni hoidonsaatavuusraportti auttaa Terveystaloa rakentamaan potilaslähtöisiä yhteistyömalleja muun muassa keskusteluissa julkisen sektorin sekä terveysalan päättäjien ja vaikuttajien kanssa.

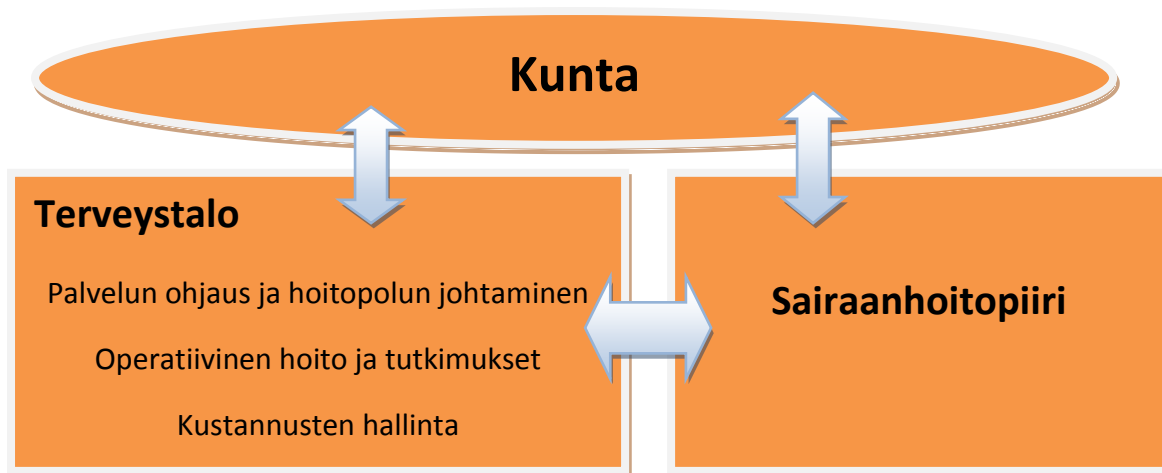
Kehittämistehtävääni ohjanneet strategiset valinnat auttoivat työni viitekehyksen rajaamista, ja ne antoivat työlle selkeän suunnan. Terveystalon muut neljä strategista valintaa käsittelen jatkotutkimusaiheiden kautta.

4.3.1 Terveystalon yhteistyö kuntien kanssa

Attendo ja Terveystalo ovat aikaisemmin tehneet yhteistyötä Puolangalla, jonka asukkaille Attendo ostaa Terveystalolta erikoissairaanhoidon palveluja sekä perusterveydenhuollon päivystyspalveluja Oulusta.

Vuonna 2015 Rantasalmen kunnanvaltuusto on hankintakilpailun perusteella valinnut Terveystalon Rantasalmen kunnan sosiaali- ja terveystalouden tuottajaksi ajalle 1.1.2015–31.12.2020. Terveystalo vastaa rantasalmelaisten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluista sekä sosiaali- ja hoivapalveluista vuoteen 2020 saakka. Palveluiden tuottamisessa tehdään yhteistyötä paikallisten kumppaneiden, kuten Itä-Suomen sairaanhoitopiiriin (Sosteri) ja Itä-Suomen Terveystalon yksiköiden, kanssa. Sosterin ja Juvan kunnan henkilöstöstä siirtyi noin 100 henkilöä töihin Terveystaloon. Henkilöstön siirtymisen osalta noudatetaan liikeluovutuksen periaatteita.

Terveystalo tarjoaa kunnille kuvion 10 mukaista yhteistyömallia. Yhteistyömallissa kunta vastaa sosiaali- terveydenhuollon kokonaisuudesta joko itse tai osana kuntayhtymää ja hoitaa perusterveydenhuollon. Kunta osallistuu yhteistyön operatiiviseen ohjaamiseen. Se lähettää potilaat erikoissairaanhoidon valitsemalla hoitopaikan. Sairaanhoitopiirissä tuotetaan vaativin ja kiireellinen erikoissairaanhoito.



Kuvio 10. Terveystalon kuntayhteistyömalli Heikkistä (2015) mukaillen.

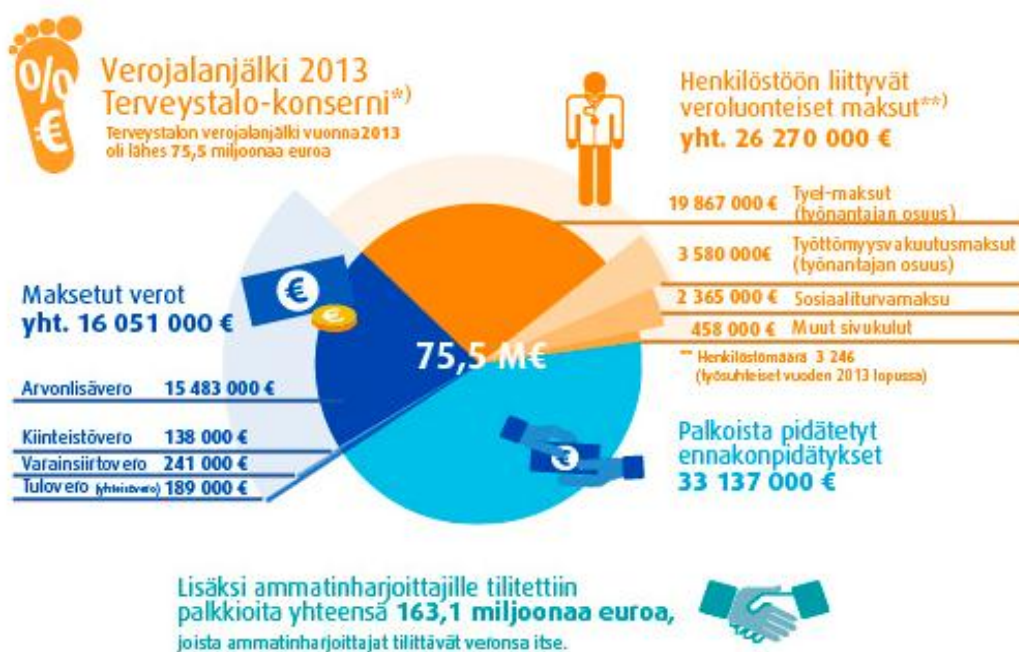
Terveystalo tarjoaa kunnille yhteistyömallin mukaisesti palvelun ohjauksen ja hoitopolun johtamisen. Terveystalo analysoi lähetevirran ja ehdottaa hoitopaikan perusterveydenhuollon hoitoprosesseja tukemalla. Operatiivisen hoidon ja tutkimusten osalta Terveystalo arvioi sovittujen erikoisalojen preoperatiivisen hoidon ja ohjelmoi tarvittavat tutkimukset. Leikkaustoimenpiteet suunnitellaan hoitovuorokausineen. Postoperatiivinen hoito ja ohjeistus raportoidaan perusterveydenhuoltoon, ja Terveystalo hoitaa konsultaatiot mahdollisissa ongelmatilanteissa. Kustannusten hallintaan Terveystalo määrittelee hoitopolkujen kustannukset, tekee kustannusanalyyskejä ja kehitysehdotuksia. Palvelun laatua seurataan toteutuneilla hoitoketjuilla (läheteiden käsittelyaika, vastaanotolle pääsy aika ja leikkausten ja toimenpiteiden läpimenoaika). Lääketieteellistä laatua seurataan muun muassa haitta- ja vaaratapahtumien määrällä. (Heikkinen 2015.)

4.3.2 Rahoitusperiaatteet

Terveystalo Joensuu työllistää Joensuussa 110 henkilöä sekä 80 ammatinharjoittajaa. Terveystalon ja Attendon tilaaja-tuottaja-toimintamallin myötä Terveystalo rekrytoi yhden sairaanhoitajan Joensuun leikkausyksikköön. Terveystalon erikoislääkärit toimivat Joensuussa ammatinharjoittajina, ja lääkäripalvelut hoidettiin jo aiemmin Terveystalossa toimivien erikoislääkäreiden palveluina. Keväällä 2014 Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

(PKSSK) teki linjauksen, että PKSSK:ssa toimivat kirurgian erikoislääkärit eivät osallistuneet kunta-asiakkaiden hoitoon yksityissektorilla. Tästä huolimatta Terveystalon ei tarvinnut rekrytoida uusia erikoislääkäreitä. Valtakunnallisen sairaalaverkoston avulla esimerkiksi urologin palvelut saatiin toteutettua Joensuussa.

Terveystalo investoi vuonna 2014 suomalaisten terveystalouden kehittämiseen yli 15 miljoonaa euroa. Terveystalon omistajia ovat pohjoismainen pääomasijoitusyhtiö EQT, työeläkeyhtiö Varma, yhtiön avainhenkilöt sekä EQT VI:n rahastosijoituksen kautta muun muassa Sampo, Ilmarinen, Keva ja Valtion eläkerahasto. Pääomistaja on pohjoismainen pääomasijoitusyhtiö EQT 18.12.2013 toteutuneen yrityskaupan myötä. Yrityskaupan myötä suomalainen omistuspohja laajeni. EQT on toimialan edelläkävijä palvelun läpinäkyvyydessä ja vastuullisuudessa, mikä tukee Terveystalon jo aloittamaa raportointia muun muassa yhtiön taloudellisiin tunnuslukuihin ja yhtiörakenteeseen liittyen. Terveystalon uusi rahoitusrakenne ei sisällä osakaslainoja, eikä Terveystalo maksa osinkoja tai konserniavustuksia ulkomaille. (Terveystalo 2015c.) Kuviossa 11 on kuvattu Terveystalon verojalanjälki Suomessa.



Kuvio 11. Terveystalon verojalanjälki 2013 (Terveystalo 2015c).

Verojalanjäljellä tarkoitetaan yrityksen toiminnasta yhteiskunnalle kertyviä verotuloja. Terveystalon verojalanjälki oli vuonna 2014 yhteensä 72,8 miljoonaa euroa. Tästä verojen osuus oli 14,6 miljoonaa euroa, henkilöstöön liittyviä veroluonteisia maksuja 25,3 miljoonaa euroa ja työntekijöiden ennakonpidätyksiä yli 32,9 miljoonaa euroa. Ammatinharjoittajille Terveystalo tilitti palkkioita 169,4 miljoonaa euroa, josta ammatinharjoittaja maksaa veronsa itse. Terveystalon verorasitus vuonna 2014 oli lähes 15 miljoonaa euroa, josta suurin osa liittyi arvonlisäverotukseen. Yksityisillä terveystaloyrityksillä ei ole arvonlisävähennysoikeutta. Arvonlisäveron lisäksi Terveystalo maksaa kiinteistöveroja, varainsiirtoveroja ja tuloveroja. Terveystalo työllistää Suomessa lähes 6500 henkilöä, joten välillinen vaikutus valtion verotuloihin on merkittävä. Ennakonpidätysten lisäksi vuonna 2014 Terveystalo maksoi lakisääteisiä eläkemaksuja yli 19 miljoonaa euroa ja muita henkilöstösivukuluja 6,3 miljoonaa euroa. Vuosina 2009-2013 Terveystalo investoi 400 miljoonaa euroa laiteinvestointeihin, palvelukehitykseen sekä palveluverkoston ja henkilöstön osaamisen kehittämiseen. Vuonna 2014 investoinnit olivat 15 miljoonaa euroa. (Terveystalo 2015c.)

Terveystalo tarjoaa kuntayhteistyöhön erilaisia hinnoitteluperusteita. Hinnoittelu tukee mahdollisimman tehokasta yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä siten, että palvelut ovat mahdollisimman laadukkaita ja kustannustehokkaita. Vuonna 2015 Terveystalo tarjoaa kuntamyyntiin kolme erilaista rahoitusmallia. Kunta voi ostaa esimerkiksi kirurgisen palvelun kiinteään vuosihintaan (€/vuosi). Tällöin hintaan sisältyy konsultaatiot perusterveydenhuoltoon, läheteiden arviointi- ja hoito-ohjeet perusterveydenhuoltoon, erikoislääkärikäynnit, tarvittavien tutkimusten ohjelmoinnin ja arvion jatkohoidosta sekä ehdotuksen jatkohoitopaikasta. Vuosihintamalli pohjautuu tarjouspyynnössä ilmoitettujen kirurgisten hoitopolkujen volyymeihin. Leikkaukset, toimenpiteet ja kontrollikäynnit voidaan hinnoitella myös sovitun vakiohinnoittelun avulla. Tällöin kunta maksaa leikkauksista ja toimenpiteistä sovitun hinnan leikkaus- ja toimenpidehinnaston mukaan. Yksittäin ostettuihin palveluihin sisältyy myös ohjaus perusterveydenhuoltoon kaikissa hoitopolun eri vaiheissa. Kolmas malli on bonusmalli, jossa hinnoittelun pohjana on kustannusten keskiarvo viiden vuoden ajalta suhteutettuna asukaslukumäärään. (Heikkinen 2015.)

4.3.3 Yksityisen palveluntuottajan tulevaisuudennäkymät

Julkinen sektori tarvitsee kumppaneita palveluntuotantoon. Terveystalon lähtökohta on tarjota parasta mahdollista hoitoa yhteistyössä julkisen sektorin kanssa, jossa molemmat ovat tasavertaisia toimijoita. Parhaimmillaan yhteistyöllä voidaan hyödyntää molempien toimijoiden vahvuuksia ja osaamista tai yhdistää resursseja, kuten henkilöstöä ja tiloja.

Yksityisen sektorin tavoitteena on kehittää suomalaista terveydenhuoltoa asiakaslähtöisempään suuntaan, jossa resurssit käytetään järkevästi ja kustannustehokkaasti. Tältä pohjalta Terveystalo on sitoutunut korkeaan laatuun ja kehittämistyöhön. Valtakunnallisena terveyspalvelutoimijana Terveystalon hoitoprosessit ovat helposti siirrettävissä ja muokattavissa eri toimipisteissä. Kehittämistehtäväni tulosta, kirurgisen hoidon saatavuusraporttia, ollaan parhaillaan ottamassa käyttöön Rantasalmen kuntayhteistyöhön. Rantasalmen hoidon saatavuuden organisointiin ja seurantaan valittiin kaksi palveluohjaajaa, joista itse toimin toisena. Kehittämästäni hoidonsaatavuusraportista muokataan tähän uuteen kuntayhteistyöhön perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidtoa yhdistävä raportointimalli.

Kuntayhteistyön lisäksi yksityiset palveluntuottajat joutuvat kehittämään palveluntarjontaa myös muissa asiakasryhmissä. Suurin osa yksityisen sektorin asiakkaista on yhä yksityisasiakkaita. Tähän asiakasryhmään kuuluvat erilaiset avustuskassat, itse maksavat asiakkaat, yksityiset vakuutusasiakkaat ja työntekijät.

5 Pohdinta

Tässä osiossa arvioin kehittämistehtäväni prosessin onnistumista sekä sen luotettavuutta ja eettisyyttä. Jatkotutkimusaiheita olen pohtinut Terveystalon strategisten valintojen kautta.

5.1 Kehittämistehtäväprosessin arviointi

Kehittämistyössäni korostui hyvä yhteistyö sopimuskumppaneiden kesken. Kehittämistä tapahtui koko ajan, ja kehittämistyöni tulokset olivat käytäntöä hyödyntäviä. Opinnäytetyössäni kehitin kirurgisen hoidon saatavuutta kuvaavan hoidon saatavuusraportin Terveystalon ja Attendon yhteistyön tueksi. Kehittämistehtävässäni ei käytetty tutkittavien henkilö- tai sairauskertomustietoja, eikä Terveystalon ja Attendon liike- tai ammattisalaisuuksia.

Kehittämistyöni myötä sain toimivan työkalun hoitoketjujen seurantaan. Hoidon-saatavuusraportin alkuperäinen tavoite oli seurata hoitoketjujen pituutta vuorokausina, mutta sain siitä paljon monipuolisemman työkalun käytännön työhöni. Kehittämäni raportin pohjalta pystyin tarvittaessa raportoimaan muun muassa tavallisimmat diagnoosit ja toimenpiteet eri erikoisaloilla tai erittelemään eri erikoisalojen kysyntää. Raportista on helppo laskea erilaista numeraalista tietoa Excelin kaavojen avulla. Numeraalisen eli kvantitatiivisen tiedon ohella kirjasin raporttiin asiakkaan hoidonvaraukseen liittyviä asioita, kuten toiveita palvelun ajankohdasta. Näin sain raportista myös kvalitatiivista tietoa, tietoa asiakkaiden toiveista ja odotuksista. Esimerkiksi asiakkaan valinnanvapaus hoitoajankohdasta sai suuremman merkityksen asiakastyytyväisyydessä kuin itse nopea hoitoon pääsy. Rajasin tutkimustehtäväni hoidonsaatavuusraportin prosessin kuvaamiseen. Raportin tuottamaa sisältöä ei ollut tarkoitus tässä kehittämistehtävässä analysoida. Tämän vuoksi liite 1 sisältää vain muutaman esimerkin raportin käytöstä.

Hoidonsaatavuusraportin onnistumisessa tärkein tekijä oli hyvä ja avoin kommunikaatio oman työyhteisön ja yhteistyökumppanin henkilöstön kanssa. Vuorovaikutus oli tiivistä varsinkin Tohmajärven ja Rääkkylän kuntien osastosihteerien kanssa. He hoitivat läheteiden käsittelyn Terveystalo Joensuulle. Kävimme puhelimitse suunnittelu- ja palautekeskusteluita läheteisiin liittyen jopa päivittäin.

Kehittämäni raportointipohjan avulla Terveystalo sai myös arvokasta tietoa miettiessään yrityksen strategisia valintoja. Parhaimmillaan se edistää yrityksen strategista keskustelua havainnollistamalla palveluprosessin kokonaisuuden, sen eri osatekijät ja niiden yhteydet. Kuvaamani palveluprosessin prosessimalli antaa myös hyvän pohjan palvelun eri alueiden kustannusten, tuottojen ja investointien arviointiin.

5.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään yleensä validiteetin (tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu) ja reliabiliteetin (tutkimustulosten toistettavuus) kautta. Validiteetin ja reliabiliteetin käsitteet ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan mieluummin luotettavuuden arvioinnista. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita, vaan tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena. Sisäinen johdonmukaisuus painottuu, ja tutkimuksen eri vaiheet tulee olla tasapainoisessa suhteessa toisiinsa. Tutkimuksen luotettavuutta lisäävät tutkijan oma mielenkiinto ja sitoutuminen aiheeseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 132–135.)

Arvioin kehittämistehtäväni luotettavuutta Tuomea ja Sarajärveä (2002, 135–136) mukaillen. *Kehittämistehtäväni kohde* oli kirurgisen hoidon saatavuuden raportointimallin luominen. *Tavoitteenani* oli kehittää toimiva seurantamalli, jolla tuottaja (Terveystalo) raportoi kirurgisen hoidon saatavuutta tilaajalle (Attendo). Tutkimustehtävä ja tavoite nousivat käytännön tarpeesta, ja kehittämistehtäväläni oli selkeä tavoite koko kehittämisprosessin ajan. *Oma sitoumukseni* kehit-

tämistehtävään oli vahva koko prosessin ajan, koska kehittämäni hoidonsaataavuusraportti toimi käytännön työvälineenäni päivittäin. Raportin *aineistonkeruuta* tapahtui prosessin edetessä kaikissa sen vaiheissa. Täydensin raporttia aloittamalla uusia hoitoketjuja, kirjaamalla hoitoketjun eri vaiheita ja hoitoketjun päätyttyä varmistin, että kaikki tiedot oli kirjattu raporttiin. Läheteiden käsittelyyn eli aineistonkeruuseen liittyi tiivis yhteistyö terveyskeskuksen läheteiden käsittelijöiden kanssa.

Kehittämistehtäväni alkoi tammikuussa 2014, kun ensimmäiset lähetteet saapuivat tilaajalta Terveystaloon. Hoidonsaataavuusprosessin kuvasin vuoden 2014 aikana tekemäni raportin pohjalta. Vuoden mittainen aineistonkeruuprosessi toi luotettavuutta kehittämistehtävääni ja poisti sattumanvaraiset tulkinnat. Mielestäni vuoden seuranta oli riittävä aika. Muutaman kuukauden mittainen hoidon saatavuuden seuranta olisi voinut antaa sattumanvaraista tietoa raportin onnistumisesta. Kehitin hoidonsaataavuusraporttia aineiston karttuessa. Analysoin kehittämäni hoidonsaataavuusraportin prosessin tutkimuksellisen kehittämistyön prosessin avulla (vertaa Ojasalo 2014). Täydensin kehittämistehtävääni analysoimalla asiakkaan näkökulman palvelun prosessianalyysiä käyttäen. Näihin kahteen tutkimusmenetelmään liitin vielä Lean-ajattelun. Kehittämistehtäväni noudatteli monimenetelmällistä lähestymistapaa, joka lisäsi tutkimuksen luotettavuutta.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus ja laatu tulee aina varmistaa (Kananen 2010, 68.) Kehittämistyöni luotettavuutta lisäsi prosessin eri vaiheiden dokumentointi ja perustelu ohjausryhmien tapaamisissa. Opinnäytetyöni luotettavuutta varmistin antamalla aika ajoin opinnäytetyön luettavaksi toimeksiantajalle. Kehittämistehtäväni prosessia kommentoivat työn edetessä Terveystalo Joensuun yksikönjohtaja, Terveystalo Itä-Suomen sairaalapalveluiden palvelujohtaja ja Terveystalo Joensuun leikkausyksikön vastaava lääkäri. Yhdessä he vahvistivat kehittämistehtäväni tulkinnan ja tutkimustuloksen.

Laadullisen tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat käsi kädessä. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimus on uskottava, kun aikaisempia tutkimustuloksien lähdeviit-

taukset on tehty huolellisesti. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkija raportoi aiempia tutkimustuloksia vääristelemättä niitä ja kirjaa tulokset oikein. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 129–130.)

Terveystieteiden parissa suoritettavan tutkimuksen etiikkaan liittyy erityispiirteitä, jotka erottavat sen muusta tutkimuksesta. Tutkimusetiikan perusteet ovat samat, mutta tutkija joutuu pohtimaan eettisiä valintoja erityisen tarkkaan. Luotamuksellisuuden vaatimukset, kuten vaitiolovelvollisuus, tuovat omat erityispiirteensä tutkimukseen. (Mäkinen 2006, 111–112.) Kehittämistehtävässäni kuvaan hoidon saatavuusraportin prosessin. Liitteessä 1 on kuvattu raportin ulkoasu. Otin siihen neljä esimerkkiä hoitoketjuista, joista on poistettu kaikki asiakkaan tiedot sekä hoitavan lääkärin nimi.

5.2 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöni toi ajankohtaista tietoa kirurgisen asiakkaan hoidon saatavuudesta, kun kirurgisen erikoissairaanhoidon palveluntuottajana on yksityinen sektori. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää, mikä on kunnan saama hyöty yksityisen palveluntarjoajan hoitoketjuista. Onko nopealla hoitoon pääsyllä ja tehokkailla hoitoketjuilla taloudellisia vaikutuksia kunnan talouteen, esimerkiksi lyhyempinä sairauspoissaoloina? Mitä hyötyvät työnantajat nopeammasta työhön paluusta? Mikä hyöty asiakkaalle on valinnanvapaudella, kun palvelun ajankohdan saa valita itse?

Kehittämäni hoidonsaatavuusraportti on otettu käyttöön keväällä 2015 Rantasalmen kuntayhteistyöhön. Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää, mikä on kehittämäni hoidonsaatavuusraportin hyödynnettävyys Rantasalmen yhteistyömallissa ja onko kehittämäni raportti muokattavissa ja siirrettävissä Terveystalon muissa kuntayhteistyömalleissa.

Terveystalon kuudesta strategisesta valinnasta kaksi ohjasi kehittämistehtäväni kulkua: *tuottaa mitattavaa vaikuttavuutta* ja olla *vastuullinen yhteiskunnallinen uudistaja*. Jatkotutkimuksen aiheet edellä mainittuun Rantasalmen yhteistyö-

hön liittyen voisivat nousta Terveystalon neljästä strategisesta valinnasta, joita ei käsitelty tässä opinnäytetyössä:

Tarjoaako Terveystalo asiakkailleen ylivertaisen palvelukokemuksen kaikissa sen toimipisteissä? Onko palveluprosessit siirrettävissä eri toimipisteiden välillä?

Tarjoaako Terveystalo vahvimmat asiakassuhteet tarjoamallaan terveys- ja hyvinvointipalveluketjuilla? Onko palveluverkosto kattava vastaten asiakkaan tarpeisiin yksilöllisesti?

Onko Terveystalo halutuin työpaikka osaajille? Miten Rantasalmen mallissa Terveystalon palvelukseen siirtynyt henkilökunta koki muutoksen? Miten muutosta tuettiin?

Onko Terveystalo paikallisesti laadukkain ja valtakunnallisesti tehokkain yksityinen palveluntuottaja? Miten valtakunnallisuuden etu vaikuttaa esimerkiksi investointeihin?

Loppusanat

Lopuksi haluan kiittää työnantajaani Terveystalo Joensuuta saamastani tuesta ja luottamuksesta hoidon saatavuusraportin kehittämiseen. Kiitos Petri, Anna-Mari ja Marko. Opinnäytetyöni ohjaamisesta kuuluu lämmin kiitos Liisa Westmanille. Kiitos Liisa yhteisistä keskusteluista ja kuntapuolen asiantuntijuudesta.

LÄHTEET

- Aaltio, E. 2013. Hyvinvoinnin uusi järjestys. Helsinki: Gaudeamus.
- Behandling i Norge 2015. Private sykehus.
http://behandlinginorge.no/private_sykehus. 27.3.2015.
- Blomberg, J. & Hiilamo, H. 2012. Palvelujärjestelmä voi vaikuttaa sosioekonomisiin ja alueellisiin terveyseroihin. Teoksessa Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollossa. Mikkola, H., Blomberg, J. & Hiilamo, H. (toim). Kansaneläkelaitos.
<http://hdl.handle.net/10138/33955>. 26.2.2015.
- Erhola, M., Jonsson, P., Pekurinen, M. & Teperi, J. 3.10.2013. Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi.
http://www.thl.fi/documents/10531/97574/Jonottamatta_hoitoon_sivut.pdf. 10.11.2013.
- Erikoissairaanhoidtolaki 1062/ 1989.
- Hankintalaki 348/2007.
- Heikkinen, A.-M. 2015. Erikoissairaanhoidon kumppanuus. Terveystalon luentomateriaali 17.2.2015.
- Heuru, K., Mennola, E. & Ryyänen, A. 2011. Kunnallisen itsehallinnon perusteet. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hines, P., Holweg, M. & Rich, N. 2004. Learning to evolve. A review of contemporary lean thinking.
<http://emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/01443570410558049>. 6.4.2015.
- Huhtanen, R. 2012. Kunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden yksityistäminen: oikeudellinen näkökulma. Teoksessa Anttonen, A., Haveri, A., Lehto, J. & Palukka, H. (toim.) Julkisen ja yksityisen rajalla, julkisen palvelun muutos. Tampereen Yliopisto.
- Huhtanen, P. & Tuomivaara, S. 2010. Tilaten ja tuottaen – kuntapalvelujen toimintatapauudistus. Helsinki: Työterveyslaitos & Työturvallisuuskeskus.
- Joensuun kaupunki. 2013. Joensuun kaupungin organisaatio.
<http://www.joensuu.fi/kaupungin-organisaatio>. 21.3.2015.
- Julkunen, R. 2006. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Gummerus.
- Junnila, M. 2012. Tilaaminen ja tuottaminen sosiaali- ja terveyspalveluissa.
<http://www.julkari.fi/handle/10024/90847>. 21.3.2015.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kansanterveyslaki 66/1972.
- Keskimäki, I., Tynkkynen, L. & Lehto, J. 2012. Tilaaja-tuottaja-toimintatapaan liittyvät keskeiset käsitteet. Teoksessa Junnila, M., Aho, T., Fredriksson, S., Keskimäki, I., Lehto, J., Linna, M., Miettinen, S. & Tynkkynen, L. (toim). Sitä saa mitä tilaa – Tilaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. THL. Raportti 2012_042.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-680-9>. 26.3.2015.

- Koivusalo, M. & Ollila, E. 2009. Hyvinvointipalvelusta liiketoiminnaksi - terveydenhuollon parantamisen tärkeät valinnat. Teoksessa Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. (toim) Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus.
- Kokko, S. 2013. Terveyspalveluiden järjestämisen perusratkaisut. Teoksessa: Sihto, M., Palosuo, H. Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim). THL. Teema: 17. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-814-8>. 26.3.2015.
- Kotter, J. P. 2012. Leading Change. Boston, Mass: Harvard Business Review Press. Perseus Distribution.
- Kuntalaki 365/1995.
- Kuntaliitto. 2015a. Tilaaja-tuottaja – malli ja -toimintatapa. http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/jarjestaminen/tiltu/kasitteita/tiltu_malli/Sivut/default.aspx 21.3.2015.
- Kuntaliitto. 2015b. Yleiskuvaus tilaaja-tuottaja-mallista. <http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/jarjestaminen/tiltu/yleiskuvaus/Sivut/default.aspx>. 21.3.2015.
- Kuntaliitto. 2015c. Muutosjohtaminen. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/tuke/johtaminen/muutosjohtaminen/Sivut/default.aspx>. 3.3.2015.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta STVOL 733/1992.
- Lammintakanen, J. 2011. Henkilöstö voimavarana – osaaminen johtamisen haasteena. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro.
- Lammintakanen, J. & Rissanen, S. 2011. Sosiaali- ja terveysjohtaminen 2020-luvulla. Teoksessa: Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro.
- Matveinen, P. & Knape, N. 2013. Terveidenhuollon menot ja rahoitus 2011. Terveiden ja hyvinvointilaitos. www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2013/Tr06_13.pdf. 6.4.2015.
- Mäkijärvi, M. 2013. Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa – kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA –tutkielma. Tampereen yliopisto. http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CDQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.hus.fi%2Fhustie-toa%2Fmateriaalipankki%2Fesitysmateriaalit%2FYleinen%2520piilokirjasto%2520yksittisille%2520tiedostoille%2FLean-menetelma_suomalaisessa_terveydenhuollossa.pdf&ei=btUkVe66PMmsswHKloH4AQ&usq=AFQjCNEKgdRzgfW1Vv_g_ChzM1cQAiuPcw. 7.4.2015.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Niiranen, V. 2011. Moniammatillisen verkoston johtaminen. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro.
- Närhinen, Y., Tuominen, J. & Kinnari, S. 2015. Terveystalon mediatiedote.

- Næringslivets Hovedorganisasjon. 2014. Helse og velferd. 2014.
<https://www.nho.no/Politikk-og-analyse/helse-og-velferd/>. 27.3.2015.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro.
- Perustuslaki 731/1999.
- Rissanen, S. & Hujala, A. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen lähtökohdat. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus. Helsinki: WSOYpro.
- Sabeena Begam, M., Swamynathan, R. & Sekkizhar, J. 2013. Current Trends on Lean Management – A review.
http://www.thinkinglean.com/img/files/PAPER2_V4_I2.pdf . 6.4.2015.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus. 2014a. 166/2014. Sote-järjestämislain esitysluonnos lau-suntokierrokselle. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1889028#fi>. 2.12.2014.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus. 2014b. Lakiehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=10386860...pdf
 2.12.2014.
- Sultana, M. & M. Nazrul Islam, M. 2013. Scope of Value Stream Mapping to Lean Manufacturing: An analysis in the Apparel Industry of Bangladesh. [http://www.thinkinglean.com/img/files/PAPER_3\(2\).pdf](http://www.thinkinglean.com/img/files/PAPER_3(2).pdf). 6.4.2015.
- Taskinen, H. 2011. Organisaatiomuutosten johtaminen. Teoksessa: Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus. Helsinki: WSOYpro.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Terveystalo. 2015a. Strategia 2013-2017.
<http://www.terveystalo.com/fi/Yritystietoa/Strategia/>. 1.1.2015.
- Terveystalo 2015b. Hoitopolku on terveysalan Lean arvovirta. Terveystalon sisäinen luentomateriaali.
- Terveystalo. 2015c. Verojalanjälki.
<http://www.terveystalo.com/fi/Yritystietoa/Vastuu/Verojalanjalki/>. 28.3.2015.
- Tohmajärven kunta. 2015. <http://www.tohmajarvi.fi/terveyspalvelut>. 21.3.2015.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Työ- ja elinkeinoministeriö. 2015. TEM tiedote 15.1.2015: Yksityinen sektori uudistamaan sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintatapoja.
https://www.tem.fi/ajankohtaista/vireilla/strategiset_ohjelmat_ja_karki_hankkeet/hyvinvointiohjelma_-_hyva/tem_tiedote_15.1.2015_yksityinen_sektori_uudistamaan_sosiaali_ja_terveyspalvelujen_toimintatapoja.117112.news. 6.4.2015.

